

(1^{re} Série.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 204).

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE
L'ANESTHÉSIE CUTANÉE
CHEZ LES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Mercredi 20 Mai 1885, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES BOITEUX

Né à Aurillac (Cantal), le 1^{er} Juin 1858

Lauréat de Lille (Faculté de l'État, Concours de 1880), Interne à l'Asile public de Maréville.

NANCY

IMPRIMERIE FERDINAND COLLIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—
1885



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0074

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE
L'ANESTHÉSIE CUTANÉE
CHEZ LES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Mercredi 20 Mai 1885, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES BOITEUX

Né à Aurillac (Cantal), le 1^{er} Juin 1858

Lauréat de Lille (Faculté de l'État, Concours de 1880), Interne à l'Asile public de Maréville.

NANCY

IMPRIMERIE FERDINAND COLLIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

—
1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, profess.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profes.	
Clinique obstétricale et accou- chements.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱, E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patholo- gie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, profess.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, profess.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, ag. ch. du c.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, profess.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, agrégé chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, id.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SPILLMANN.
DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la thèse :

M. BERNHEIM, *président* ; MM. POINCARÉ, BÉCHET, SCHMITT.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont pré-
sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni
ses approuver ni les imputer.*

A MES PARENTS

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A mon président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIZARET

MÉDECIN EN CHEF DE LA DIVISION DES FEMMES (MARÉVILLE)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANGLOIS

MÉDECIN EN CHEF DE LA DIVISION DES HOMMES

INTRODUCTION

L'étude de l'anesthésie cutanée des aliénés, dit M. Ball dans ses cliniques, est très difficile dans la pratique, à cause de l'état intellectuel du sujet, de sa mauvaise volonté, et des variations nombreuses de la sensibilité.

Cette difficulté explique les divergences d'opinions des aliénistes au point de vue de la fréquence et de la forme de l'anesthésie cutanée. Aussi nous ne prétendons pas juger d'un seul coup une question aussi ardue, et nous ne pouvons en faire une étude complète. Mais comme ce symptôme semble devoir prendre une importance de plus en plus grande en psychiatrie à cause de la valeur qu'on attribue aujourd'hui aux signes somatiques, nous avons jugé utile de réunir en un travail d'ensemble les observations des malades dont nous avons examiné la sensibilité depuis le début de notre internat à l'asile de Maréville. Nous avons fait de ce travail le sujet de notre thèse en y joignant une étude succincte de la question et quelques réflexions personnelles.

Nous prions M. le docteur Sizaret, notre chef de service d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer, et

pour la bienveillance avec laquelle il a favorisé nos recherches.

Que M. le docteur Langlois veuille bien recevoir le témoignage de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a porté et pour l'obligeance avec laquelle il nous a ouvert son service des hommes.

Nous adressons aussi nos plus vifs remerciements à nos collègues et amis de l'internat, et particulièrement à M. Vernet qui a résumé pour la division des hommes l'état mental des malades.

PLAN — PROCÉDÉS D'EXPLORATION

Ce travail a été partagé en deux parties dont :

La première résume la fréquence, l'anatomie, les symptômes, le diagnostic et le traitement de l'anesthésie cutanée des aliénés.

La deuxième partie comprend les observations, un tableau récapitulatif, et les conclusions.

Ces observations ne portent pas sur toutes les variétés de l'aliénation mentale, mais nous avons choisi pour chacune des formes les plus habituelles de la folie, dix malades pris au hasard. La folie hystérique seule ne comprend qu'une série de cinq malades.

Pour rechercher l'insensibilité à la douleur il a été procédé de la manière suivante :

Cachant d'une main les yeux du malade, nous le piquons et nous le piquons fortement et à plusieurs reprises sur les différents points de la surface cutanée. En même temps nous observons l'expression du visage et nous examinons si le sujet retire plus ou moins vivement la partie piquée. Lorsque ses réponses sont quelque peu sensées, nous lui demandons s'il éprouve une vive douleur, et si cette douleur est plus prononcée à droite qu'à gauche, et réciproquement. Quand ces trois signes extérieurs : expression douloureuse du visage, réaction vive de la partie piquée, réponses accusant la souffrance, se

trouvent réunis chez le même aliéné, nous regardons sans hésitation la sensibilité à la douleur comme intacte. Lorsque la réaction est peu vive et l'expression de la face à peu près indifférente, nous considérons la sensibilité comme diminuée, même lorsque le malade dit que cela lui fait mal. Quand il y a absence totale de manifestation extérieure, nous regardons l'analgésie comme complète. Enfin lorsque l'aliéné ne parle pas, ou répond mal, nous nous basons sur les deux autres signes. Une précaution importante pour déjouer la mauvaise volonté du malade, consiste à ne pas le prévenir de l'exploration qu'on va faire et à le piquer quelquefois par surprise.

Pour rechercher l'insensibilité de température, nous appliquons alternativement sur la peau deux objets de même forme, dont l'un est froid et l'autre modérément chaud, et nous demandons au malade si cela est froid ou chaud, puis nous le touchons d'une manière instantanée et à plusieurs reprises avec un objet brûlant. On comprend qu'il est très important de ne produire qu'un contact instantané, car autrement on pourrait brûler le sujet, et d'ailleurs on s'exposerait à faire parvenir du calorique dans les parties profondes, de sorte qu'une réaction douloureuse indiquerait, non une sensibilité de la peau, mais une sensibilité des couches sous-jacentes. Lorsque le malade ne réagit pas immédiatement, le contact n'est prolongé qu'avec un objet d'une température de 80° environ. Cette nécessité de prolonger le contact indique la thermoanesthésie de la peau.

La sensibilité tactile est examinée de deux manières différentes : exerçant d'abord un contact léger ou un simple chatouillement sur les différents points du corps, nous disons au malade de désigner avec le doigt (yeux cachés), l'endroit que nous touchons, ou bien, quand il ne parle pas, nous examinons s'il réagit ou non au cha-

touillement, s'il se retourne lorsque nous le touchons légèrement et à l'improviste. Puis, lorsque les réponses sont suffisamment nettes, nous employons comme deuxième moyen d'exploration l'esthésiomètre de Brown Séquard. Dans des cas relativement nombreux il nous a été impossible de savoir si le tact était oui ou non conservé.

Quant au sens musculaire, il se recherche en imprimant aux membres du sujet différentes positions et en lui demandant de désigner ces positions. On peut aussi lui faire apprécier des différences de poids qu'on lui met dans les mains. Malheureusement nous n'avons obtenu le plus souvent que des réponses peu satisfaisantes, et d'ailleurs le sens musculaire n'appartenant pas au système cutané proprement dit n'a été étudié que d'une manière incidente.

PREMIÈRE PARTIE

I. FRÉQUENCE

Nous examinerons successivement la fréquence de l'anesthésie cutanée dans l'aliénation en général et dans les différentes formes de folie en particulier.

La sensibilité varie beaucoup suivant l'âge, la profession, la race et l'état d'esprit du sujet. Mais « il y a entre l'intelligence et la douleur un rapport tellement étroit que les animaux les plus intelligents sont ceux qui sont capables de souffrir le plus. Quand le jugement, la mémoire sont très développés, la sensibilité à la douleur est exquise », et « on pourrait presque mesurer l'intelligence d'un sujet d'après sa sensibilité (1) ».

Les auteurs ont cependant des opinions différentes sur la fréquence de l'anesthésie cutanée des aliénés. Quelques-uns admettent comme Griesinger (2) que : « la diminution ou la suppression de la sensibilité de la peau aux impressions de température et de douleur n'est pas très fréquente », et semblent comprendre ainsi dans le même jugement l'analgésie et la thermoanesthésie.

D'autres vont plus loin et admettent que l'hypéresthésie est plus commune. Falret déclare que : « L'anesthésie et même la diminution de la sensibilité n'est pas un fait commun. Son exaltation ou l'hypéresthésie est beaucoup

(1) Richet : *L'Homme et l'Intelligence*, page 22.

(2) Griesinger : *Traité des mal. mental.*, page 23.

plus fréquente (1) ». Il reconnaît que l'insensibilité de température s'observe exceptionnellement dans les délires agités, dans la démence et dans certaines mélancolies.

M. Ball admet que l'anesthésie cutanée est un fait assez fréquent et il dit que « L'une des formes les plus vulgaires est la perte de sensibilité au froid qu'on observe surtout chez les maniaques (2) ».

Pour Dagonet, l'hypéresthésie chez les fous est plus rare que l'anesthésie.

L'opinion de Morel, opinion qui paraît la plus rationnelle, c'est que l'insensibilité cutanée est produite surtout par la folie confirmée, arrivée à la période d'état. Dans l'incubation de l'aliénation mentale, c'est l'hypéresthésie qui domine comme fréquence : ce sont alors les causes génératrices des troubles intellectuels : amour-propre froissé, lutte contre la destinée, excès alcooliques ou vénériens, etc. qui agissent sur la sensibilité avant que l'aliénation ne survienne (3).

Snell avait trouvé, sur 180 malades, 18 cas d'anesthésie complète de la peau. Chez 6 autres, la sensibilité à la douleur était considérablement diminuée (4).

Voici maintenant le résultat de nos observations personnelles :

Sur 75 malades dont nous avons examiné la sensibilité à la douleur, 6 seulement ont présenté, non d'une manière permanente, mais à certains moments, une analgésie générale et complète ; 41 ont présenté une insensibilité qui chez les uns était générale mais incomplète, chez les autres complète mais locale ou bien locale et incomplète ; en tout 47, c'est-à-dire un peu plus de la moitié de nos

(1) Falret : *Traité des mal. mental.*, page 287.

(2) Ball : *Leçons s. les mal. ment.*, 1^{re} fasc., page 160.

(3) Morel : *Traité des mal. ment.*, page 309.

(4) 1883, *Zeischrift X für psychiatrie*. Gries., p. 94.

malades présentant l'insensibilité de douleur à ses différents degrés. La proportion est sensiblement la même pour les hommes que pour les femmes, et chez tous ces malades, exception faite des hystériques et des sujets présentant des lésions cutanées locales, l'insensibilité était symétriquement disposée.

Sur ces 75 aliénés, 10 seulement, dont 3 hommes et 7 femmes, offraient une thermoanesthésie qui n'a paru qu'une fois avoir un caractère complet.

La sensibilité tactile n'a été examinée que chez 69 de ces malades et nous avons trouvé 1 fois chez l'homme, 4 fois chez la femme le tact diminué.

Enfin nous avons exploré le sens musculaire chez 34 de nos malades et nous ne l'avons jamais trouvé altéré.

Voyons maintenant quelle est la fréquence de l'insensibilité cutanée dans les différentes formes d'aliénation mentale :

D'après Michéa, sur 20 cas de lypémanie, sans aucune distinction d'espèces, on rencontre au moins 14 fois à des degrés divers l'insensibilité de la peau à la douleur. Elle serait surtout fréquente dans la lypémanie suicide et la lypémanie religieuse. Cette proportion est à peu près semblable à la nôtre, puisque sur 10 lypémaniques, nous en trouvons 8 plus ou moins insensibles à la douleur. Mais c'est dans la lypémanie stupide que l'analgésie est la plus complète et la plus fréquente à cause des troubles de circulation et de nutrition qui accompagnent cette forme de folie (1). L'insensibilité de température peut également se rencontrer dans la lypémanie et particulièrement dans la stupeur. Nous l'avons trouvée 2 fois sur nos 10 sujets d'observation. Le tact n'était diminué qu'une seule fois.

(1) Ravailier : Thèse de Nancy, 1879, pages 30 et 31.

La paralysie générale au début, alors que les troubles de motilité n'ont pas encore paru, est également une cause fréquente d'insensibilité cutanée. De Crozant dit que 9 fois sur 10 on trouve l'anesthésie à la première période, mais Voisin considère ce chiffre comme exagéré. L'insensibilité disparaît ou diminue ordinairement à la deuxième période ; mais on cite de nombreux faits d'anesthésie à la période de démence. Dagonet dit que cela est très fréquent et rapporte un cas d'anesthésie tactile locale (1). Nous n'avons pu observer qu'un seul paralytique au début et ce malade présentait (obs. 54) une analgésie locale et complète avec troubles de la sensibilité de température ; sur les 9 autres paralytiques arrivés à la démence ou à une incapacité motrice très prononcée, nous avons trouvé une fois la sensibilité de douleur obtuse à la partie supérieure du corps en même temps qu'il y avait sur toute la surface cutanée une insensibilité de température assez marquée. Il est donc probable que les différentes espèces d'insensibilité sont plus rares dans la démence paralytique qu'à la période de début.

Dans la manie, il faut distinguer l'état aigu, l'état chronique et la tendance de la maladie à évoluer vers telle ou telle phase de la folie. Très rare dans la manie aiguë, dans la manie passagère ou récente ne succédant pas à un stade mélancolique, l'insensibilité de la peau est relativement fréquente dans l'état chronique (2) et dans l'excitation maniaque en voie de transformation en stupeur (obs. 14). En effet, il est difficile d'admettre que dans la manie aiguë et récente, toutes les facultés cérébrales étant en suractivité, la faculté de sentir soit seule en dépression. Au contraire, lorsqu'une longue excitation

(1) Dagonet : *Traité él. d. mal. ment.*, page 426.

(2) Marcé : Thèse de concours, Paris, 1860, page 37.

a épuisé cette activité et que la fatigue intellectuelle survient, il n'est pas étonnant que la sensibilité soit diminuée aussi bien que les autres fonctions du cerveau. Sur nos 10 maniaques, 4 seulement ont présenté de l'analgésie incomplète, et sur ces 4 malades, 3 étaient des chroniques, et la femme de l'observation 14 a évolué rapidement vers la stupeur. Nous n'avons pas observé d'insensibilité de température, mais elle a été signalée par les auteurs, même pour des cas de manie aiguë. Il est probable toutefois que cette thermoanesthésie n'est pas souvent permanente, ainsi que le prouve l'observation de Morel dans laquelle il raconte (1) qu'un jeune homme, après s'être brûlé volontairement les bras, a retrouvé sa sensibilité au bout de quelques jours.

La folie épileptique, dans l'intervalle des attaques, nous a donné pour 10 malades 8 cas d'insensibilité plus ou moins complète à la douleur, 2 cas d'insensibilité de température et 2 cas de diminution du tact. On voit que ce genre d'aliénation est une cause fréquente d'insensibilité cutanée, surtout quand il y a hébétude et dépression mentale. Mais cette fréquence est due, non à la névrose épileptique elle-même qui à elle seule produit rarement l'insensibilité (2), elle est due à l'affaiblissement intellectuel qui en est la conséquence.

Nos 5 hystériques présentaient toutes de la diminution de sensibilité à la douleur, et 2 d'entre elles, en état de stupeur avaient une insensibilité générale et complète. Sur ces 5 aliénées, 3 ont offert de la thermoanesthésie et une seule a présenté une insensibilité tactile tout à fait localisée et asymétrique.

Pour les idiots il est difficile d'apprécier la fréquence. Certains auteurs déclarent que : « Généralement l'idiot

(1) *Loco citato*, page 325.

(2) *Dic. d. Méd. et de Chir.*, tom. XXXIII, page 122.

vit et sent (1). Sa vie se compose d'impressions nombreuses qu'il reçoit du dedans ou du dehors et de mouvements qui se proportionnent à la nature de ces impressions. Il parcourt le cercle entier de l'existence sensitive, mais au delà de ce cercle il n'y a plus rien. » Cette opinion est trop générale pour être vraie, et de nombreuses observations rapportent des faits d'analgésie complète (2), mais il est possible que le nombre des insensibles soit moins considérable que chez les imbéciles. Pour 10 idiots, nous n'avons trouvé que 5 analgésiques, et nous n'avons pas rencontré de thermoanesthésie ; mais l'étude de la sensibilité est trop difficile chez ces malheureux, pour que nous puissions considérer ce chiffre comme une donnée certaine.

Chez les imbéciles la sensibilité à la douleur est ordinairement très obtuse. Il y avait, sur les 10 sujets examinés, 9 insensibles à la douleur d'une manière plus ou moins complète, mais pas un seul cas d'insensibilité à la chaleur, ni d'anesthésie proprement dite. Peut-être cette grande fréquence tient-elle à l'attention que prêtent les imbéciles aux objets environnants ou à la direction de leurs pensées qui se portent rarement sur ce qui concerne leurs sensations, tandis que l'idiot incapable d'attention appartient d'avantage à l'impression du moment ? Mais cette explication ne peut-être considérée que comme une hypothèse.

Enfin, sur 10 aliénés en démence, 6 ont présenté de l'insensibilité à la douleur et un seul a offert de la thermoanesthésie.

En résumé ce sont les formes dépressives ou chroniques qui dans la folie s'accompagnent le plus souvent d'insensibilité de la peau.

(1) Maine de Biran, cité par Morel, page 368 du *Trait. d. mal. ment.*

(2) Griesinger. *Mal. mental.*, page 435.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anesthésie en général peut avoir au point de vue anatomique quatre origines différentes :

- 1° Origine par l'encéphale ;
- 2° Par la moëlle ;
- 3° Par les conducteurs nerveux ;
- 4° Par les terminaisons nerveuses.

L'anesthésie cutanée de la folie doit évidemment être rapportée à une origine encéphalique, et ce sont les modifications anatomiques ou fonctionnelles des parties grises qui leur donnent naissance. En effet les lésions des parties blanches conductrices (centre ovale, tiers postérieur de la capsule interne, étage supérieur du pédoncule cérébral, etc.) donnent lieu à des anesthésies ordinairement unilatérales et dont les symptômes sont tout à fait différents de ceux qu'on observe chez l'aliéné.

Il y a cependant des cas fréquents où les terminaisons nerveuses, et la circulation qui préside au fonctionnement des organes de réception jouent un rôle important dans la production de l'anesthésie cutanée. Cette relation entre les troubles de sensibilité d'une part et les troubles de nutrition et de circulation d'autre part est assez commune chez les fous (1). Lorsque, en dehors de la folie, le défaut de sensibilité est lié à un défaut de circulation : « c'est la sensation de contact qui disparaît la première.

(1) Ravallier : *Loco citato*.

L'insensibilité à la douleur vient ensuite, puis le thermoanesthésie. Il n'en est plus de même dans les anesthésies centrales (1). » Souvent ces différentes causes : troubles centraux, troubles circulatoires, anémie générale se trouvent réunis chez le même aliéné et impriment à l'insensibilité de la peau un caractère spécial (obs. 21).

Dans l'hystérie simple ces troubles circulatoires sont localisés au niveau des régions appelées zones hystérogènes.

Mais la plupart du temps ce sont les centres encéphaliques qui sont en jeu dans l'insensibilité des aliénés. Malheureusement on ne connaît pas encore d'une manière complète les régions exactes de la substance grise qui sont le siège de la perception des sensations cutanées, et nous ne pouvons donner ici toutes les théories émises sur la localisation de sensibilité, mais il est nécessaire de résumer les plus importantes pour les rapprocher de celles qui ont été créées sur la localisation de la folie elle-même.

Luys, Landry, Vundt font jouer aux couches optiques un rôle très important comme centre des sensations brutes et de la sensibilité tactile inconsciente.

Audiffrent va plus loin et fait des couches optiques des centres de perception, en y logeant les quatre variétés de sensations tactiles (2). Cependant il est anatomiquement prouvé que parmi les fibres nerveuses composant l'étage inférieur du pédoncule et le tiers postérieur de la capsule interne, plusieurs se rendent directement et sans passer par les couches optiques, aux cellules des circonvolutions.

Goltz, au Congrès international de Londres, revient à

(1) Richet.

(2) *Maladies du cerveau et de l'innervation*. Thèse de Paris, 1875.

l'ancienne théorie de Flourens qui nie toute localisation. Il s'appuie sur ce fait que l'animal auquel on détruit la plus grande partie des circonvolutions, ou auquel on enlève ce que l'on croit être des centres moteurs, peut vivre longtemps encore sans signes bien nets de paralysie ou d'anesthésie. Ces expériences et ces conclusions ont été vivement combattues par Munck, et actuellement on tend à placer dans la couche corticale le siège de la sensibilité cutanée, au moins pour ce qui regarde la perception.

Munck admet une sphère sensitive comprenant les centres psycho-moteurs qui seraient à la fois des centres de perception sensitive et d'idéation motrice. L'excitation de ces centres provoque, selon lui, des mouvements qui correspondent à tel ou tel ensemble de sensation tactile, musculaire, etc.

Ballet, après avoir cité plusieurs observations dans lesquelles des lésions cérébrales localisées dans des parties regardées comme des centres de sensibilité, n'ont pas donné lieu à de l'anesthésie, dit que seule une lésion étendue des circonvolutions peut donner lieu à une insensibilité notable. Il n'admet donc pas de centres sensitifs, mais il admet une zone sensitive et se résume en disant : « Lésion du lobe frontal (la frontale ascendante exceptée) : pas de troubles de la sensibilité.

Lésion des circonvolutions occipito-sphénoïdales : anesthésie possible, exceptionnelle et dans tous les cas, comme précédemment, légère et transitoire.

Enfin lésion à la fois des circonvolutions motrices et des pariéto-occipito-sphénoïdales : anesthésie beaucoup plus prononcée et probablement plus durable (1) ».

Ferrier, s'appuyant sur des expériences d'excitation et

(1) Ballet : Thèse de Paris, 1881, page 185.

de destruction, place dans la zone latente de l'écorce le siège de la perception des sensations. Il y aurait dans cette zone des centres, susceptibles aussi de produire certains mouvements différents de ceux produits par les centres psycho-moteurs proprement dits, et donc la destruction n'amènerait pas chez l'animal la suppression de la sensation brute.

Les expériences de Tripier de Lyon, tout en appuyant la théorie des localisations, tendent à prouver que les centres moteurs sont également des centres sensitifs. L'auteur dit que ce sont les lésions avoisinant le sillon de Rolando qui produisent le plus souvent l'insensibilité (1) et attribue une grande importance aux lésions fronto-pariétales.

Bechterew, recherchant les centres de la sensibilité de la peau et des muscles, porte son attention sur la région située d'une part entre les centres moteurs, et d'autre part entre les centres de sensibilité spéciale de la vue (lobe occipital) et de l'ouïe (lobe temporal). Après de nombreuses recherches sur cette région, il conclut qu'il y a dans le voisinage des centres moteurs de la substance corticale, des centres spéciaux pour la sensibilité tactile, le sens musculaire et la perception des sensations de douleur. Les centres de sensibilité tactile seraient placés immédiatement en dehors et en arrière de la zone motrice, tandis que les centres du sens musculaire et de la perception des sensations douloureuses occuperaient la région située immédiatement au dessus de la scissure de Sylvius où ils auraient des positions voisines, mais néanmoins distinctes l'une de l'autre (2).

Brown Séquard, dans un mémoire lu à l'Académie des

(1) *Revue mens. de méd. et de chirurg.*, 1880, page 154, n°s 1 et 2.

(2) Bechterew : *Analys. d. l. annal. médic. psycholog.*, sept. 1883.

sciences, nie de nouveau toute localisation et déclare que chaque partie de l'encéphale peut produire l'anesthésie (1).

La question de localisation n'est donc pas encore élucidée, mais il est à remarquer que les physiologistes qui admettent l'existence des centres sensitifs, placent ces centres dans le voisinage du sillon de Rolando et des circonvolutions pariétales.

En regard de ces différentes théories physiologiques il est utile de citer les récentes tentatives faites par M. A. Voisin en vue de localiser dans certaines régions de l'encéphale les lésions des formes les plus habituelles de la folie. Il distingue en effet une localisation spéciale selon que le délire est partiel ou général, selon que le malade a ou n'a pas conscience de son état et qu'il est ou n'est pas en démence.

« Dans le délire partiel d'origine sensorielle qui a pris naissance dans les hallucinations, dans la folie sympathique partielle, les lésions occupent les couches optiques et les circonvolutions pariétales, surtout la première dans la partie supérieure (lobule paracentral), tandis que les frontales sont saines.

« Lorsqu'au contraire, de partiel, le délire est devenu général, qu'il est compliqué d'incohérence, de démence, les altérations occupent toutes les circonvolutions.

« La perte absolue de conscience de l'état de folie, la croyance la plus complète aux conceptions délirantes sont pour moi des signes de propagation aux circonvolutions frontales (2) ».

Si ces localisations des lésions de la folie, données par M. Voisin, sont exactes, nous trouvons dans nos observations personnelles de nouvelles preuves en faveur de

(1) Brown Séquard : *Union médicale*, 1883, page 9.

(2) Voisin : *Leçons cliniq. sur les mal. mentales*, p. 106.

l'existence des centres de sensibilité. Nous avons constaté en effet que dans l'incohérence, la démence, cas dans lesquels Voisin a signalé l'extension des lésions de la folie aux lobes frontaux et occipitaux, l'anesthésie cutanée n'est ni plus complète, ni plus étendue que dans les délires partiels, dans la lypémanie, la folie épileptique, etc., à moins que le malade ne soit dans un état de dépression mentale considérable. Ces faits nous semblent en opposition complète avec la théorie de Ballet qui dit que plus la lésion cérébrale est étendue, plus l'anesthésie est complète. Au contraire on comprend facilement que si, comme le disent les localisateurs, les lésions de l'algésie siègent immédiatement au dessus de la scissure de Sylvius, et celles de l'insensibilité tactile immédiatement en dehors et en arrière des centres moteurs, le délire partiel qui d'après Voisin occuperait plus spécialement la première pariétale peut produire une anesthésie aussi complète que la démence dans laquelle il y aurait extension de la lésion à des parties dépourvues de centres sensitifs. Nous n'avons pas fait personnellement de constatations anatomiques en faveur de cette explication, mais appuyée sur des faits cliniques et sur les expériences des auteurs cités, elle nous semble pouvoir être considérée comme rationnelle.



III. PATHOGÉNIE

Le mécanisme intime de l'anesthésie cutanée des aliénés, ne peut être expliqué que par des modifications des cellules grises des centres, modifications qui portent, ou bien sur le fonctionnement de ces cellules, ou bien sur leur constitution anatomique.

I. Différentes causes peuvent agir pour produire la diminution de fonctionnement des cellules nerveuses :

L'anémie cérébrale qui accompagne l'anémie générale chez certains aliénés, le défaut de circulation chez les malades en stupeur ; ou bien, au contraire, l'injection des vaisseaux, l'atherôme, les exsudats et la prolifération nucléaire comprimant les éléments parenchymateux, toutes lésions qui ont été signalées dans les cas de folie chronique, explique suffisamment les troubles de la fonction de perception. Pour la paralysie générale Voisin dit que : « Si la fluxion prédomine dans l'un des hémisphères, l'anesthésie est plus marquée d'un côté que de l'autre du corps (1) ».

La fatigue cérébrale par laquelle on a expliqué l'anesthésie des hystériques (2) et les phénomènes de transfert (suppléance de l'hémisphère fatigué par l'autre), joue aussi un rôle important dans la production de l'insensibilité, surtout chez les malades qui ont été pendant long-

(1) Voisin : *Trait. d. la paral. génér.*, page 50.

(2) Ballet : Thèse de Paris, 1881, page 100.

temps dans un état d'excitation continue. Il semble même que dans la paralysie générale, bien qu'il y ait des lésions cellulaires constantes et parfaitement caractérisées, la dépression fonctionnelle soit la principale cause de l'anesthésie. En effet dès le début de la maladie la motilité, la volonté, la mémoire sont considérablement affaiblies, et M. le docteur Sizaret a signalé un symptôme de fatigue cérébrale pouvant aider au diagnostic de la première période : le paralytique ne peut plus compter jusqu'à 100 ou 200 sans se tromper et sans passer des nombres (1). Or, à la suite d'une suractivité de fonctionnement, les centres de la sensibilité peuvent aussi bien se fatiguer que les centres de la motilité, de la mémoire, etc. Et même dans l'hypothèse de la non existence des centres de sensibilité, on comprend que la fonction de perception peut être aussi bien diminuée que les autres fonctions de la cellule, sans qu'il y ait pour cela de lésions anatomiques bien caractérisées. Les variations nombreuses de la sensibilité chez l'aliéné, la fréquence relativement faible de l'anesthésie à la troisième période de la paralysie générale, alors que les lésions anatomiques sont fort complètes et fort étendues, sont des preuves à l'appui de cette explication.

Il est connu aussi que les sensations douloureuses sont considérablement diminuées à l'état normal par des émotions vives et par la concentration de l'esprit sur un objet ou une idée quelconque. Les hallucinations intenses des aliénés, la fixité de leurs pensées sur un sujet qui quelquefois absorbe complètement leur attention, doivent nécessairement produire le même effet, et ont été signalées par Horeau comme une cause d'insensibilité (2).

(1) Dr Sizaret : *Rev. méd. de l'Est*, 1884, tome XVI, n° 2, page 56.

(2) Horeau : Thèse de Paris 1872 ; pages 12 et 13.

II. Les lésions microscopiques dans les cas de folie confirmée, dans le délire partiel chronique, dans l'incohérence, la démence, consistent, outre les troubles circulatoires et interstitiels déjà cités en des dégénérescences cellulaires pouvant présenter trois degrés qui sont : 1^o L'état granuleux ; 2^o la déformation des contours ; 3^o la disparition des noyaux et la segmentation des cylindres d'axes. Ces modifications anatomiques qu'on a signalées non pas en tant que lésions de l'anesthésie, mais en tant que lésions de la folie semblent devoir contribuer à la production de l'insensibilité de la peau, mais comme il reste toujours dans la substance grise de nombreuses cellules non altérées, le rôle le plus important doit être attribué, comme le dit Gil. Ballet, à l'impotence fonctionnelle (1) et il est impossible de considérer les lésions anatomiques grossières comme des causes sérieuses d'anesthésie (2).

(1) Gil. Ballet : *Dict. de méd. et de chir.*, tome 33, page 130.

(2) Render : Thèse de concours, Paris 1875, page 67.

IV. SYMPTOMATOLOGIE

Exceptionnellement les différentes formes d'insensibilité cutanées peuvent se révéler d'elles-mêmes et s'imposer, pour ainsi dire, au médecin.

Tout le monde connaît ces tendances qui poussent certains aliénés à se couper, à se mutiler et le peu de réaction qu'ils manifestent dans les plus graves opérations. M^{lle} X..., l'hystérique de l'observation 8, s'était fait sur le corps plusieurs blessures qui lui avaient été insensibles. Ces faits attirent forcément l'attention sur l'anesthésie de douleur.

L'insensibilité tactile se révèle par des symptômes d'un autre genre et qui sont beaucoup plus rares que les précédents. Tantôt le malade se plaint d'être couché à côté d'un cadavre, tantôt il prétend qu'on lui a enlevé la tête, le cœur, ou bien il croit être mort (anesthésie tactile totale).

L'anesthésie musculaire se reconnaît quelquefois par ce fait que l'aliéné ne peut se conduire sûrement lorsque ses yeux ne suivent pas ses mouvements ; il éprouve sous les pieds une sensation de duvet et sa marche est hésitante ; ou bien il a des hallucinations en rapport avec la nature de son insensibilité : il s' imagine être suspendu dans les airs, être léger comme la plume ; il croit qu'il saute continuellement et qu'il fait des bonds prodigieux dans

l'espace. Ces symptômes sont surtout du domaine de la paralysie générale (1).

Quant à la thermoanesthésie, elle peut être annoncée par les brûlures que se font volontairement certains malades, comme celui de Rochoux, qui avait introduit ses deux bras dans un fourneau allumé (2). Toutefois ces tentatives ne prouvent pas toujours une insensibilité permanente de température. M^{lle} Gl., l'épileptique agitée de l'observation 2, qui se promenait dehors par les plus grands froids ne présentait pas de troubles notables du sens de température, et M^{lle} C..., de l'observation 20, qui avait essayé d'introduire sa tête dans un fourneau, n'en présentait pas non plus.

Le plus souvent le médecin doit rechercher l'insensibilité cutanée par les divers procédés dont nous avons parlé et sans qu'un signe révélateur ait attiré son attention. Ce symptôme a une importance assez grande pour que l'aliéniste le recherche sans avoir été provoqué.

Un fait remarquable dans la symptomatologie de l'anesthésie des aliénés, c'est la fréquence relative des troubles bilatéraux. L'analgésie asymétrique a été signalée par les auteurs dans la paralysie générale (3). Elle existe fréquemment dans la folie hystérique en raison même de l'élément hystérique, mais en dehors de ces deux formes morbides ou de lésions cutanées locales, on connaît très peu d'observations d'analgésie unilatérale et nous n'en n'avons pas rencontré un seul cas parmi nos malades. Il est fort probable que l'absence de douleur qu'on recherchait au moyen-âge au niveau des *stigmata diaboli*, était due bien souvent à des altérations de la

(1) Voisin : *Trait. de la paral. gén.*, page 7.

(2) Rochoux ; Cité par Griesinger, page 94 du *Trait. d. mal. mentales*.

(3) Voisin : *Trait. d. la paral. gén.*, page 50.

peau. Il nous a semblé aussi que quand l'insensibilité n'est pas générale, ce sont les membres supérieurs qui sont atteints le plus fréquemment.

La lypémanie peut présenter les formes les plus complètes et les plus étendues d'analgésie : elle est assez régulière dans sa marche et augmente d'intensité à mesure que l'élément stupeur vient s'ajouter au délire plus ou moins localisé du malade (délire de persécution, du suicide, des grandeurs, etc.). Lorsqu'il y a des troubles de température et de contact, c'est toujours la sensibilité à la douleur qui disparaît la première. La thermoanesthésie et l'anesthésie tactile viennent ensuite et ont généralement une durée moins longue et une marche plus irrégulière. Cette corrélation reconnue depuis longtemps par Beau (1) est évidente dans l'observation 63. Dans les délires systématisés avec légère dépression mentale sans stupeur proprement dite, on observe presque toujours l'analgésie seule, localisée à une région quelconque de la surface cutanée. Dans la lypémanie suicide, cette insensibilité, comme le dit Michéa, est très peu prononcée quand il n'y a pas de dépression profonde. C'est surtout après les tentatives de destruction qu'elle est assez marquée (obs. 24). Esquirol attribuait à ce fait une grande valeur pronostique et déclarait que les malades devaient être attentivement surveillés quand, après une tentative, ils présentaient de l'insensibilité. Notre malade de l'observation 24 a présenté de plus une légère diminution de tact appréciable à l'esthésiomètre.

Dans la paralysie générale toutes les formes de l'insensibilité cutanée ont été observées. Elle peut être absolument complète. Elle peut être également asymétrique,

(1) Beau : *Archiv. médical.*, 1848, tome XVI, page 23.

mais elle disparaît ordinairement dès que surviennent les troubles moteurs. Elle est assimilable, dit M. Voisin, aux troubles de sensibilité qu'on observe au début de quelques myélites (1). Souvent la thermoanesthésie se trouve associée à l'analgésie, même lorsque l'insensibilité se continue jusqu'à la 3^me période (obs. 54 et 7).

L'anesthésie en général présente dans l'hystérie simple un caractère bien connu d'irrégularité (transfert, analgésie subite, etc.), et une localisation souvent asymétrique. Quelques-uns de ces caractères peuvent persister atténués dans la folie hystérique, mais à mesure que l'hystérique évolue vers un état plus complet et plus prononcé d'aliénation, stupeur, hypochondrie, délire de persécutions, etc., l'insensibilité devient plus régulière et aussi plus permanente. C'est ce qui avait fait dire à Beau que l'insensibilité cutanée dans l'hypochondrie présente les mêmes caractères que dans l'hystérie. Cependant on observe encore très fréquemment de l'asymétrie (obs. 20, 17, 16), et des troubles de température et de contact moins durables que ceux de la sensibilité à la douleur.

Dans la folie épileptique, l'insensibilité est toujours symétrique quand l'élément hystérique n'intervient pas. L'analgésie offre quelquefois un caractère très complet (obs. 44) et peut s'accompagner de thermoanesthésie. Elle est surtout prononcée après les attaques convulsives et perd de son intensité lorsque l'hébétéude diminue avec le nombre des crises (obs. 45, 2).

Dans la manie chronique l'analgésie peut également être très complète ainsi que le prouvent de nombreuses observations, et particulièrement celle de Morel (2). Mais

(1) Voisin : *Trait. de la par. génér.*, page 50.

(2) Morel : *Union médicale*, 1851.

l'insensibilité de température est probablement de courte durée.

Il est difficile d'apprécier exactement l'intensité de l'analgésie chez les idiots et les imbéciles, mais Dagonet (1) admet que l'insensibilité est plus profonde chez les idiots et Esquirol avait déjà fait cette distinction. Chez un grand nombre des malades examinés, nous l'avons trouvé étendue à toute la surface cutanée.

Dans la démence, l'insensibilité de la peau n'est ni plus générale, ni plus profonde que dans les autres vésanies. Sur nos dix malades examinés nous n'avons pas trouvé une seule fois l'insensibilité à la douleur étendue au corps tout entier. Elle semble au contraire se localiser plus facilement que dans les autres espèces d'aliénation (obs. 26, 29, 58).

D'une manière générale on peut dire que l'insensibilité cutanée affecte le plus souvent la forme analgésique (2), et que la thermoanesthésie et l'anesthésie tactiles sont rares et de courte durée.

Il y a dans la marche de cette insensibilité, des variations fondamentales d'intensité et d'étendue, causées par le passage à l'état de stupeur, d'agitation, ou d'amélioration du malade. Outre ces variations fondamentales on peut observer des changements rapides, sans qu'il y ait de grandes modifications dans l'état mental de l'aliéné.

(1) Dagonet : *Trait. élém.*, page 486.

(2) Beau : *Archives médicales*, 1848, tome XVI, 4^e série.

V. DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'anesthésie cutanée et de ses formes s'établit d'après la connaissance des symptômes et par les divers procédés d'exploration énumérés. De plus, on pourra quelquefois utiliser ce signe physique pour le diagnostic des différentes variétés de folie, et dans les cas de médecine légale, pour le diagnostic de la folie elle-même. Le médecin aliéniste devra également tenir compte de la sensibilité de son malade pour reconnaître une maladie incidente.

De Crozant le premier, puis Morel et Voisin (1) ont attribué à ce symptôme une importance assez grande au début de la paralysie générale. En effet, dans la période qui précède les troubles de motilité, il y a très souvent de la loquacité, de l'agitation et une grande susceptibilité, signes qui appartiennent également à l'excitation maniaque. Ou bien il y a des idées de persécution et de mélancolie qui se rapprochent de l'état lypémaniaque. Or nous avons vu que dans l'excitation maniaque qui ne dure pas depuis très longtemps, l'analgésie est rare et incomplète, la thermoanesthésie et l'insensibilité tactile encore plus rares, tandis que l'insensibilité à la douleur se voit fréquemment à cette période de la périencéphalite et se trouve souvent associée à l'insensibilité de température ou de contact. D'un autre côté, dans la lypémanie mélancolique,

(1) Voisin : *Paralys. générale*, page 50.

colique non compliquée de stupidité, l'anesthésie est rarement complète et généralisée. L'apparition d'une insensibilité complète chez un lypémaniaque non stupide devra donc faire craindre le début de la paralysie générale (1).

Chez les folles hystériques on pourra reconnaître quelquefois, à l'aide du caractère de l'insensibilité, la présence de l'élément hystérique. C'est ainsi que dans notre observation 20 la malade présente une analgésie hystériforme, c'est-à-dire plus prononcée sur un des côtés du corps et très variable dans sa marche.

Dans la folie épileptique, une insensibilité très profonde telle que dans l'observation 44 indique la dégénérescence complète de l'intelligence et la grande fréquence des attaques convulsives, ou l'ancienneté du mal.

En médecine légale la connaissance de l'anesthésie cutanée peut rendre d'importants services pour le diagnostic des troubles simulés tels que la stupeur et l'imbécillité. Il y a, en outre, des formes particulières d'aliénation mentale pour l'appréciation desquelles le médecin légiste devra interroger la sensibilité de la peau. Nous voulons parler de la folie morale et de la manie des actes, qui s'accompagnent fréquemment d'anesthésie cutanée, ainsi que le prouvent les observations rapportées par Maudsley (2). La responsabilité dans ces circonstances devra être considérée comme fortement diminuée.

Enfin l'aliéniste devra compter avec ce syndrôme pour le diagnostic des maladies incidentes. L'anesthésie, amenant la diminution de réaction fébrile, de la dyspnée, des douleurs locales (point de côté, douleurs rhumatismales,

(2) Ravailler : *Loco citato*, page 29.

(1) Maudsley : *Pathologie de l'esprit*, traduit par Germour, page 306.

etc.) (2), est une indication de pratiquer l'examen physique totalement et avec la plus rigoureuse précision. Dès qu'un aliéné présente le moindre malaise apparent, se couche, ne mange pas, etc., l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation devront être faites avec plus de soins encore que dans la médecine ordinaire.

(2) Horeau : *Loco citato*, page 23.

VI. TRAITEMENT

Il est évident que dans la plupart des cas, le médecin n'aura pas besoin de recourir à une thérapeutique spéciale pour traiter l'insensibilité cutanée. C'est le traitement de la cause elle-même, c'est-à-dire de la folie, qui, dans les cas guérissables fera disparaître cette anesthésie (1). D'ailleurs elle n'aggrave pas ordinairement l'état du malade et par conséquent il n'y a nul intérêt à la modifier. Cependant certaines circonstances peuvent rendre nécessaire l'intervention thérapeutique et constituent de véritables indications au traitement.

1° Il y a des malades qui savent parfaitement que telle ou telle partie de leur surface cutanée est insensible et qui en sont effrayés outre mesure. Les hypochondriaques surtout font à leur médecin un récit terrifiant (2) de ce symptôme qu'ils prennent pour un signe de paralysie, et réclament un traitement qui, on le conçoit, pourra agir favorablement sur leur état mental.

2° D'autres aliénés, sans avoir une connaissance exacte de leur anesthésie sont en proie à des hallucinations qui n'ont pas d'autre cause. Ils s'imaginent qu'ils sont morts, qu'ils sont couchés à côté d'un cadavre, qu'ils n'ont plus de tête, selon qu'une surface plus ou moins étendue de leur corps est atteinte par l'insensibilité de douleur ou de

(1) Marcé : *Loco citato*, page 104.

(2) Morel : *Trait. de mal. mental.*, page 327.

contact. Notre malade de l'observation 65 croyait avoir été mordu aux jambes par un chien enragé et présentait aux faces postérieures et latérales des membres inférieurs une insensibilité presque complète à la douleur. Ces faits, relativement fréquents et signalés par tous les auteurs sont de ceux qui demandent l'emploi des agents esthésiogènes.

3° Les remarquables efforts tentés récemment par plusieurs aliénistes et surtout par M. Voisin en vue de l'éducation des jeunes idiots et des imbéciles prouvent que l'exercice de la sensibilité cutanée en général, et du tact en particulier, exerce une influence favorable sur l'état intellectuel de ces malheureux.

Les moyens employés pour faire renaître la sensibilité cutanée sont excessivement nombreux. Malheureusement ils ne sont pas aussi efficaces que dans l'hystérie simple (1).

L'exercice fréquent de la sensibilité peut exercer une heureuse influence, et nous avons quelquefois remarqué que les coups d'épingle produisaient une réaction plus vive à la fin qu'au commencement de l'exploration. Voisin déclare que pour habituer les idiots à craindre le feu on devra leur faire toucher quelquefois des charbons ardents. Mais c'est surtout le sens du toucher qui pourra être modifié favorablement par l'exercice, particulièrement chez les idiots et les imbéciles. Seulement l'expérience acquise se perd très facilement et l'insensibilité revient aussi rapidement qu'elle a disparu.

Les frictions rudes et sèches avec la main ou avec un corps rugueux, les révulsifs cutanés ont été indiqués (2) et semblent pouvoir rendre des services dans les cas ou

(1) *Dictionn. de méd. et de chirurgie*, tome 33, page 130.

(2) *Rendu* : Thèse de concours, Paris 1875, page 172.

il y a des troubles de circulation, comme dans la stupeur, l'insensibilité hystérique. Cependant chez la malade de l'observation 16 les bains sinapisés n'ont produit aucun changement notable dans la sensibilité.

La métallothérapie, la xylothérapie, l'application des aimants appartiennent plutôt au traitement de l'hystérie simple et ne peuvent guère être employées contre l'anesthésie de la folie. L'hydrothérapie sous forme de bains chauds ou de douches glacées peut constituer un bon moyen de traitement en influençant le système nerveux central et en activant la circulation périphérique.

L'électrisation cutanée par les courants interrompus est un des plus puissants moyen de thérapeutique, et c'est surtout à elle qu'on devra recourir dans l'analgésie profonde de la lypémanie et de la mélancolie. D'après Arndt le début de la folie exigerait surtout des courants descendants, les périodes de déclin des courants ascendants (1). Un fait remarquable c'est que souvent l'excitation localisée suffit pour ramener la sensibilité partout. L'application des deux pôles en un point quelconque du corps agit favorablement sur l'analgésie du corps tout entier (2).

La suggestion hypnotique, très efficace dans le traitement de l'hystérie simple, ne produit pas le même résultat chez les folles hystériques, d'abord parce qu'elles sont très difficiles à hypnotiser, ensuite parce que, même sous l'influence du sommeil provoqué, elles sont très rebelles à la suggestion (obs. 16, 18, 3).

(1) *Annales méd. psycholog.*, mai 1878, page 489.

(2) Rendu : *Loco citato*, page 172.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

VII. FEMMES

Observation I.

Folie épileptique avec hystérie.

D. L., 34 ans, entrée le 18 novembre 1876, avait déjà fait à la Maison de Secours un séjour de 9 ans pour des symptômes d'hystérie. C'est dans cette maison que sont survenus les premiers accès d'épilepsie. Ces attaques, avec perte complète de connaissance et morsure de la langue arrivaient irrégulièrement par série, tantôt tous les 15 jours, tantôt tous les mois. Quelquefois il y avait des attaques hystériformes, convulsions sans perte complète de connaissance, sans morsure et sans blessure.

Au moment de l'entrée à Maréville, les facultés intellectuelles de M^{lle} D. étaient très affaiblies : à la suite de ses attaques elle était très troublée et n'avait pas conscience de la portée de ses actes. Dans l'intervalle de ses crises nerveuses elle avait des moments d'agitation violente.

Actuellement : 28 janvier 1885. Il survient de temps en temps une attaque d'épilepsie franche. Nous examinons la sensibilité de M^{lle} D., un quart d'heure après le début d'une de ces attaques, au moment où elle se relevait en titubant et dans un état d'hébétude considérable.

La sensibilité à la douleur est diminuée aux deux membres supérieurs et à la face, presque intacte aux membres inférieurs et au thorax : la malade retire lentement et sans se plaindre, la main ou le bras lorsqu'on la pique fortement ; mais elle pousse une plainte et réagit vivement lorsqu'on pique les membres inférieurs et le thorax. Vive réaction au contact d'un objet brûlant. Impossible d'examiner la sensibilité tactile.

29 janvier. L'abrutissement est moins complet. Pas de nouvelle attaque

convulsive. La sensibilité tactile est conservée. Les sensibilités de température et de douleur sont dans le même état que le jour précédent.

8 février. La sensibilité à la douleur est diminuée sur tout le corps. Les sensibilités tactiles et de température sont conservées.

10 mars. Etat relatif de calme mental. Diminution du nombre des attaques convulsives. L'esthésiomètre marque 2^{cm} 1/2 sur le dos des mains, 3^e sur la face postérieure des avant-bras, 2^e sur le front. La malade distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant. Les piqûres et le pincement de la peau ne produisent qu'une réaction très faible. Les parties les moins sensibles à la douceur sont les deux régions temporales. La sensibilité musculaire est conservée.

Observation II.

Folie épileptique.

M^{lle} G., 32 ans (frère épileptique), est entrée à l'asile le 23 octobre 1873. Elle avait eu avant son admission de nombreux accès d'épilepsie, mais depuis qu'elle est à Maréville les attaques convulsives sont généralement remplacées par des périodes d'agitation maniaque, pendant lesquelles elle est très violente, se promenant dans les cours par les températures les plus basses, et chantant d'une manière complètement incohérente.

M^{lle} G. a le visage déformé par un lupus dont l'évolution est relativement lente (sa sœur a également des humeurs froides), et elle porte sur les mains des scrofulides nombreuses.

Les attaques convulsives, assez peu fréquentes, sont franchement épileptiques, et la malade perd complètement connaissance pendant leur durée, mais elle présente quelques signes d'hystérie : boule qui remonte à la gorge, ventre qui gonfle après le repas, pertes blanches dans l'intervalle des règles.

15 janvier 1885. Nous examinons pour la première fois la sensibilité de la malade durant une période d'agitation qui n'a pas cessé depuis 8 mois.

La sensibilité à la douleur a complètement disparu aux deux mains. M^{lle} G. sent qu'on la pique, mais dit que ces piqûres ne lui font pas mal. Il en est de même à la face et au thorax qui ne présente de sensibilité qu'au niveau des deux mamelons. Les coups d'épingle sur les pieds et les jambes produisent de la douleur.

Distinction du froid et du chaud et vive réaction au contact d'un objet brûlant. La malade perçoit les contacts légers et désigne l'endroit touché.

Sensibilité musculaire conservée.

25 février. La malade est beaucoup plus calme. Ses attaques convulsives sont rares.

Sensibilité à la douleur diminuée aux deux mains, surtout à la main droite où les scrofulides sont plus nombreuses, diminué aussi sur le front,

abolie au côté droit de la face au niveau des scrofulides, abolie symétriquement au tronc, intacte aux membres inférieurs.

Sensibilité tactile conservée. L'esthésiomètre marque 2^e 1/2 sur le dos des mains.

Sensibilités de température et musculaire également conservées.

Observation III.

Folie épileptique avec hystérie.

M^{lle} Emil. V., 26 ans, est née d'un père alcoolique et brutal. Sa mère aurait eu vers l'année 1879, une attaque suivie d'émiplegie, et la vue de cette attaque aurait déterminé chez M^{lle} V. le premier accès.

Depuis ce temps les accès se répètent environ tous les quinze jours ou tous les mois vers l'époque des règles qui se font rarement d'une manière normale. Pendant ces attaques elle perd toute sa connaissance. Elle a fait un premier séjour à l'asile de Maréville en 1879 et rentre de nouveau en 1880. Son observation médicale ne signale à cette époque aucune forme spéciale de délire ; mais de l'agitation et de la loquacité à la suite de ses attaques épileptiformes. Elle était atteinte alors d'un eczéma du cuir chevelu qui, depuis son entrée a subi des périodes de diminution et d'aggravation, sans se guérir jamais complètement.

Depuis une séance d'hypnotisme tentée sur elle comme méthode de traitement, M^{lle} V. présente souvent des phénomènes de somnambulisme non provoqué. Elle va, vient, parle, tout en dormant.

15 février 1885. L'état mental est relativement satisfaisant, mais le caractère est très mobile, et la malade s'excite facilement. Hallucinations de la vue.

La sensibilité à la douleur est nulle sur tout le corps, M^{lle} V. sent qu'on la pique, mais dit qu'on ne lui fait pas mal, et ne manifeste aucune douleur. La sensibilité tactile est un peu émoussée. Elle ne perçoit pas un contact léger exercé sur l'index droit et ne distingue les pointes de l'esthésiomètre qu'à 4^{cm} sur le dos des mains, et 3^{cm} sur le front. Elle distingue le froid du chaud, mais ne manifeste pas de douleur au premier contact d'un objet brûlant.

Nous la faisons tomber par suggestion dans le sommeil hypnotique et nous cherchons à lui persuader qu'elle sent partout et que les piqûres lui font très mal, mais nous ne parvenons pas à modifier sa sensibilité.

Observation IV

Folie épileptique.

M^{me} H., 38 ans, entrée le 17 juin 1881, sans antécédents morbides directs ou indirects, dit avoir des attaques depuis l'année 1879, époque à laquelle elle aurait eu un refroidissement ayant amené la suppression des règles. Les attaques ont lieu surtout pendant la nuit et la malade perd complètement connaissance.

25 Février 1885. Les accès convulsifs surviennent surtout à l'époque des règles et sont suivis d'une agitation considérable. Dans l'intervalle de ces crises M^{me} H. est très irritable, méchante et animée d'impulsions mauvaises. Les attaques sont franchement épileptiques. Perte complète de connaissance, vertiges fréquents, etc. La malade éprouve la sensation de boule qui remonte à la gorge ; elle perd en blanc dans l'intervalle des règles et sent des gaz qui lui remontent de l'estomac.

La sensibilité à la douleur est nulle aux mains et aux bras, diminuée au tronc et aux membres inférieurs, intacte à la face.

Sensibilité musculaire conservée.

Perception des contacts légers. L'esthésiomètre marque 3^{cm} sur le dos des mains, 2^e 1/2 sur le front.

Perception différentielle du chaud et du froid. Vive réaction au contact d'un objet très chaud.

Observation V

Folie épileptique.

M^{lle} Th., 24 ans, entrée le 5 avril 1881. Tempérament nervoso-sanguin, père buveur, présentait depuis quelques années, au moment de son entrée, des accès d'épilepsie avec perte complète de connaissance, vertiges et troubles intellectuels consécutifs.

25 Février 1885. La malade tombe fréquemment pendant la nuit, rarement pendant la journée. Il y a un peu d'hébétéude, quelques idées hypochondriaques et un léger affaiblissement de la mémoire.

Perception des contacts les plus légers. L'esthésiomètre marque 2^e 1/2 sur le dos des mains, 2^e sur le front. Vive réaction sur tout le corps aux coups d'épingle. Vive réaction également au contact d'un objet brûlant. M^{lle} Th. distingue le froid du chaud.

10 Mars. Même état mental. Le tact est partout conservé. La sensibilité à la douleur est également conservée. Les sensibilités musculaire et de température ne sont pas altérées.

Observation VI.

Paralysie générale (2^e période).

Clém. L., femme F., 45 ans, présente depuis 5 ans des signes de paralysie générale qui consistaient au début en délire mélancolique avec dépression et tendance au suicide, puis en un tremblement fibrillaire de la langue, une inégalité pupillaire et un affaiblissement progressif.

Actuellement, 18 mars 1885. La malade est gâteuse, ne parle presque plus et marche en chancelant. Il y a quelques idées de satisfaction et de grandeur, mais pas d'inégalité pupillaire.

La sensibilité à la douleur est conservée partout ; vive réaction aux coups d'épingle. Vive réaction également au contact d'un objet brûlant. Sensibi-

lité tactile probablement conservée ; la malade se retire lorsqu'on la chatouille à la nuque. Impossible d'examiner le sens musculaire.

Observation VII

Paralytie générale. Démence.

L. J., 43 ans, entre à l'asile le 22 octobre 1884, malade depuis plusieurs mois et présentant du tremblement des mains, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole et de l'affaiblissement intellectuel avec incohérence des idées. Elle a par moment des accès de fureur.

Depuis son entrée la paralysie s'accroît et la marche devient de plus en plus difficile.

23 Mars 1885. Joséphine L. est gâteuse. Elle parle un peu, mais difficilement, et en tremblant beaucoup. Elle se retire en gémissant lorsqu'on la pique fortement avec une épingle à la partie supérieure du corps. La réaction est plus vive aux membres inférieurs. L. se retire également en criant lorsqu'on la touche avec un objet brûlant, mais cette réaction ne s'opère qu'au bout d'un certain temps de contact. Quand on lui touche légèrement la main avec un doigt, elle désigne de l'autre main l'endroit touché.

Observation VIII

Paralytie générale (3^e période).

L. An., 22 ans, est à l'asile depuis le 16 mai 1874. Hérédité manifeste. La maladie aurait débuté au mois de décembre 1882 à la suite de chagrins d'amour. Il y a eu des périodes d'excitation et de dépression avec idées érotiques.

Au moment de son entrée à l'asile l'observation médicale signale de la loquacité, de l'incohérence avec idées érotiques, une marche difficile, un tremblement fibrillaire de la langue, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, un embarras de la parole assez marqué et une sensibilité un peu obtuse.

Actuellement, 23 mars 1885. Anne L. ne parle plus du tout, ou bien répond quelques mots en tremblant. Elle est devenue gâteuse, mais s'agite encore par moments. Les piqûres d'épingle produisent sur tout le corps une réaction très vive. Il en est de même au contact d'un objet brûlant. impossible d'examiner le tact et le sens musculaire.

Observation IX

Paralytie générale (démence).

S. An., 55 ans, est à l'asile depuis le 24 avril 1883. Elle a eu au début de sa maladie une agitation extrême, des idées de satisfaction (idées de beauté), et du tremblement des lèvres et de la langue. Peu à peu elle est tombée complètement dans la démence.

18 Mars 1885. Accès fréquents d'agitation ; urines et selles involontaires, marche impossible.

Vive réaction aux coups d'épingles sur tout le corps. Vive réaction également au premier contact d'un objet brûlant. Le toucher semble conservé, car la malade porte le doigt sur l'endroit que l'on touche légèrement.

Observation X

Paralysie générale (2^e période).

Gab. B., 44 ans, couturière, née de père alcoolique, a été mise en traitement à l'asile de Vacluse le 1^{er} mars 1880 pour un affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire avec dépression mélancolique et un léger embarras de la parole.

Transférée à l'asile de Maréville le 10 septembre 1880, elle a présenté des signes de plus en plus manifestes de paralysie générale : idées de satisfaction personnelle, incertitude de la marche, tremblement fibrillaire de la langue, faiblesse intellectuelle et physique toujours croissante.

18 Mars 1885. Gabrielle B. a des urines et des selles involontaires, du tremblement et de l'incertitude de la marche, des idées de grandeur (elle possède 60 hectares de terre en Bourgogne).

La réaction aux coups d'épingle est très vive sur tout le corps. Distinction du froid et du chaud, et vive réaction au contact d'un objet brûlant. La malade perçoit les contacts légers et a conservé sa sensibilité musculaire.

Observation XI

Manie aiguë.

C. Marie-C., 24 ans, antécédents inconnus, est absolument incohérente à son entrée à Maréville le 4 mars 1885. Agitation extrême, actes désordonnés, état saburral des voies digestives, amaigrissement.

Vive réaction au contact d'un objet très chaud. La malade manifeste également de la douleur lorsqu'on pince ou pique fortement une partie quelconque de son corps. Elle se retire lorsqu'on chatouille avec le doigt le visage, les pieds ou le cou.

6 Mars. Même état mental. Sensibilité à la douleur conservée partout : la malade se retire en lançant des injures lorsqu'on la pince ou lorsqu'on la pique. Vive réaction au contact d'un objet très chaud. Impossible d'examiner le tact et le sens musculaire.

9 Mars. Même état mental. La malade dort un peu pendant la nuit. Un chatouillement léger avec le doigt lui fait produire un mouvement de fuite. (Tact conservé).

14 Mars. L'état de la sensibilité est le même. La malade est toujours très agitée.

13 Avril. La malade continue à être très agitée, loquace et incohérente. Il n'y a pas de rémission dans le cours de ses actes désordonnés. La réaction est très vive sur tout le corps au contact d'un objet très chaud. Il en est de même lorsqu'on pique fortement M^{lle} C. avec une épingle. Le tact est probablement conservé, car elle se retire lorsqu'on la chatouille à la main ou à la nuque. Le sens musculaire semble intact : pas d'hésitation de la marche.

Etat physique satisfaisant.

Observation XII

Manie.

Marie-Anne M., 46 ans, ménagère, est entrée à l'asile le 6 juin 1884, avec de l'excitation très vive et continue, de l'incohérence complète des idées, de la loquacité et de l'insomnie. La santé physique n'est pas bonne. L'amaigrissement de Marie M. est considérable, la menstruation irrégulière.

Depuis le moment de son entrée jusqu'au 21 mars, époque à laquelle nous examinons la sensibilité, l'agitation est extrême et continue, les actes sont complètement désordonnés.

21 Mars 1885. Pas de changement dans l'état mental. Lorsqu'on fixe l'attention de la malade par des questions répétées, elle fait quelquefois une réponse sérieuse, mais elle se remet aussitôt à parler à des êtres imaginaires. L'état physique s'est un peu amélioré.

La malade dit que les piqûres profondes lui font mal, mais ne retire pas la partie piquée. Elle distingue un objet froid d'un objet chaud, mais ne réagit aucunement lorsqu'on approche de sa peau un objet brûlant. Elle reconnaît cependant que cela la brûle. S'agit-il d'une analgésie et d'une thermoanesthésie véritable? Nous ne le croyons pas, car Marie M. s'écrie aussitôt qu'elle saura supporter toutes les douleurs.

Le sens musculaire est conservé ainsi que le tact. Il y a perception des contacts les plus légers.

Observation XIII

Manie aiguë.

M^{lle} Mar. B., 22 ans, entre à l'asile le 28 février 1885 avec de l'incohérence complète des idées, de la loquacité, de l'agitation. Bon tempérament; pas d'antécédents morbides. La maladie est survenue à la suite d'érysipèle de la face, un mois avant son arrivée à Maréville. Amour contrarié; les divagations de la malade portent sans cesse sur son mariage. Plaies ulcéreuses aux jambes à la suite de sinapismes (caractère très émotif).

Vive réaction lorsqu'on pince ou lorsqu'on pique la malade. Un objet très chaud porté sur les différentes parties du corps lui fait aussi produire des mouvements violents. Impossible d'examiner le tact.

7 Mars. Amélioration de l'état mental. L'agitation et l'incohérence sont moins prononcées. Perception des contacts légers. Vive réaction quand on pince ou quand on pique la malade. Elle distingue parfaitement un objet froid d'un objet chaud. Sensibilité musculaire conservée ; ayant les yeux cachés, M^{lle} B. reconnaît parfaitement la situation de ses membres.

La sensibilité à la douleur paraît toutefois un peu obtuse au niveau des plaies des jambes qu'elle frotte souvent l'une contre l'autre.

8 Mars. L'agitation et l'incohérence reviennent. La sensibilité à la douleur est dans le même état. La malade se retire lorsqu'on la chatouille légèrement.

9 Mars. Etat de calme relatif. Même sensibilité.

15 Mars. La malade continue à être tranquille. Seulement elle se croit mariée et s'excite encore facilement à la moindre émotion. Les plaies des jambes se couvrent de bourgeons charnus.

18 Mars. La malade sort de l'asile, guérie de ses troubles intellectuels. Au moment de son départ la sensibilité à la douleur est très vive partout. Les piqûres légères produisent une violente réaction. Sensibilité intacte. Légère hyperesthésie du tact : l'esthésiomètre marque 4^e 1/2 sur le dos des mains, 1^e sur le front, 2^e à la face postérieure des avant-bras. La sensibilité de température est également conservée. Autour de la plaie de la jambe droite, qui n'est pas complètement guérie, la sensibilité à la douleur est un peu diminuée, ainsi que la sensibilité tactile. Le contact pour être perçu doit être prolongé et s'exercer avec une certaine pression.

Observation XIV

Excitation maniaque (puis stupeur).

M^{me} H., 31 ans, ménagère, a un frère et une sœur qui ont eu des accès passagers de folie. Elle entre à Maréville le 7 février 1885 avec de l'excitation maniaque, caractérisée par de la loquacité, de l'incohérence, des hallucinations de la vue et de l'ouïe et de l'agitation incessante. Elle est mal réglée depuis quelque temps.

Sensibilité à la douleur uniformément diminuée sur tout le corps. La malade sent les piqûres et dit qu'on lui fait mal, mais ne retire pas la partie piquée. Au contraire, elle retire vivement la partie touchée par un objet très chaud et reconnaît un corps froid. Sensibilité tactile conservée : M^{me} H. perçoit les contacts légers et distingue sur le front deux pointes distantes de 2 centimètres.

12 Février. L'excitation a fait place à l'abattement. Il y a toujours incohérence et perte de mémoire. La sensibilité à la douleur est dans le même état que le jour de l'entrée. Impossible d'examiner le tact. La sensibilité de température est conservée.

14 Février. La stupeur augmente. La malade refuse de manger.

22 Février. Amélioration considérable de l'état mental. Plus d'incohé-

rence, ni d'Hallucination ; mémoire conservée. La sensibilité tactile est partout conservée ainsi que la sensibilité de température. La sensibilité à la douleur semble plus parfaite qu'au moment de l'entrée. La malade retire la partie piquée en disant qu'on lui fait mal. Il n'y a pas toutefois de réaction vive aux membres supérieurs. Au contraire, la douleur est très vive aux membres inférieurs.

6 Mars. L'amélioration continue. Il reste toutefois une grande mobilité d'esprit. Sensibilité à la douleur intacte sur tout le corps, excepté sur le dos des mains, où elle est un peu obtuse. Sensibilité musculaire et de température conservées également. Il en est de même de la sensation de contact. L'esthésiomètre marque 1^{er} 1/2 sur le dos des mains, 1^e sur le front.

12 Mars. La malade sort guérie de l'asile sans autres troubles intellectuels qu'un caractère très mobile. Elle a encore une analgésie incomplète sur la face dorsale des mains.

Les efforts que nous tentons pour la faire tomber dans le sommeil hypnotique restent sans résultat.

Observation XV

Excitation maniaque.

Lab. Marg., 45 ans, est à l'asile depuis le 15 janvier 1884 ; mais elle est malade depuis plusieurs années, et présente de la loquacité, un peu d'incohérence et des excitations fréquentes suivies de quelques moments de tranquillité. Santé physique bonne.

6 Mars 1885. État relatif de tranquillité. Pas d'incohérence. Inégalité pupillaire très prononcée.

Sensibilité de contact conservée partout : la malade perçoit les contacts les plus légers. La sensibilité à la douleur semble un peu exaltée partout : la réaction aux coups d'épingle est excessivement vive. Marg. L. distingue le froid du chaud et manifeste de la douleur au contact d'un objet brûlant. La sensibilité musculaire est intacte : la malade, ayant les yeux cachés, fait connaître les différentes positions imprimées à ses membres.

27 Mars. La malade est plus agitée et ses réponses sont incohérentes.

La sensibilité à la douleur est exaltée : vive réaction aux coups d'épingle sur toute la surface cutanée. Elle distingue parfaitement le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant. La sensibilité tactile est conservée : perception des contacts légers sur tout le corps, mais l'emploi de l'esthésiomètre est impossible. Sensibilité musculaire conservée.

Observation XVI

Folie hystérique.

M^{lle} R. M., 46 ans, entre à l'asile le 4 janvier 1885. Elle a eu autrefois la fièvre typhoïde (1882), et des rhumatismes. La menstruation se fait d'une façon irrégulière depuis l'âge de 13 ans.

Tempérament hystérique. Étouffements et sensations de boule à la gorge. Maux de tête fréquents. Hallucinations de la vue (la malade voit le diable pendant la nuit.)

Au moment de son entrée M^{lle} R. est malade depuis deux mois environ. Elle a peur de tout, s' imagine qu'elle va mourir et a des idées de suicide. Les sentiments affectifs sont perversis. Les réponses sont monosyllabiques.

La malade perçoit les contacts légers. Piquée fortement avec une épingle sur les différentes parties du corps, elle n'accuse aucune douleur, si ce n'est au deux pieds où les piqures produisent une vive réaction. La sensibilité musculaire est conservée.

Février. Mutisme obstiné. Poses extatiques prolongées durant des heures entières. M^{lle} R. est devenue gâteuse. Sous l'influence de la suggestion hypnotique, elle ferme les yeux et semble dormir profondément, mais lorsqu'on cherche à lui persuader qu'elle sent, on ne modifie en rien sa sensibilité.

5 Mars. Même état mental. Les extrémités sont froides, mais non cyanosées. Il n'y a pas de lésions cardiaques.

La sensibilité à la douleur est nulle aux deux mains et aux bras. Les coups d'épingle sur les membres inférieurs et la face font produire à la malade un léger mouvement de recul, prononcé surtout lorsqu'on pique le côté droit. Le thorax paraît également un peu sensible. Vive réaction sur tout le corps au premier contact d'un objet très chaud.

23 Mars. Même état mental. Mutisme continu. M^{lle} R. est concentrée en elle-même. Il faut quelquefois la pousser pour la faire marcher, mais elle semble comprendre tout ce qui se dit autour d'elle. État physique satisfaisant, embonpoint augmentant depuis l'entrée. Il y a un peu d'agitation : tendance à se déshabiller continuellement. On peut, sans produire de réaction, enfoncer dans les deux bras une épingle de 2^{cm} 1/2 de longueur. Les piqures profondes aux membres inférieurs font faire à la malade un léger mouvement de recul, et la face prend une expression douloureuse. Vive réaction au premier contact d'un objet brûlant. Le tact semble conservé : il y a un léger mouvement des yeux lorsqu'on chatouille la joue.

27 Mars. Piquée à l'improviste sur les mains, M^{lle} R., tourne la tête, mais ne manifeste pas de vive douleur.

Le 2, le 3, et le 4 avril, la malade est soumise pendant cinq minutes à des courants interrompus d'un appareil volta-faradique. Les deux pôles, appliqués sur la face produisent avec des courants relativement forts, des contractions assez faibles des muscles des lèvres pendant que la figure prend une expression de tristesse. Aux membres supérieurs les courants interrompus ne produisent qu'une légère torsion des mains et une expression douloureuse de la face. Aux membres inférieurs il n'y a aucune réaction. Après ces expériences la sensibilité est dans le même état que le 23 mars.

7, 8, 9 Avril. Même emploi de l'électricité ne produisant aucun changement dans l'état de la sensibilité.

10 Avril. Bain sinapisé, d'un quart d'heure amenant un peu de rougeur de la peau et une circulation périphérique meilleure. Même état de mutisme. Même état de la sensibilité.

12 et 14 Avril. Les bains sinapisés sont répétées sans aucun résultat.

Observation XVII

Folie, suite d'hystérie.

M^{lle} C. Hélène, 30 ans, institutrice, est à l'asile depuis le 12 septembre 1884. Elle présente des accès périodiques d'excitation maniaque avec délire érotique. Moments de calme suivis d'agitation. Antécédents hystériques.

5 février 1885. Etat de calme. La malade distingue sur tout le corps le froid du chaud, et manifeste immédiatement de la douleur au contact d'un objet très chaud.

Sensibilité tactile conservée partout. Perception des contacts les plus légers. L'esthésiomètre marque 2^{cm} 1/2 sur la face dorsale des 2 mains.

Sensibilité à la douleur complètement abolie aux deux mains. Piquée fortement aux deux côtés de la face, la malade dit ressentir une légère douleur, mais la supporte facilement. Au thorax douleur légère qui augmente en approchant du mamelon, et qui possède la même intensité des deux côtés. Jambe et cuisse gauche analgésiques. Jambe et cuisse droite très sensibles. Aux deux pieds vive réaction aux coups d'épingle.

5 mars. Etat d'agitation. Sensibilité à la douleur également diminuée aux 2 mains. La malade dit qu'on lui fait un peu mal, mais ne se retire que lentement. Sensibilité intacte au côté droit du thorax, diminuée à gauche. Le côté gauche de la face est plus sensible que le côté droit.

Tact conservé partout : perception des contacts légers. L'esthésiomètre marque 2^c, 1/2 sur le dos des mains, 1^c, sur le front, 4^c, sur la face postérieure des avant-bras.

M^{lle} C. distingue le froid du chaud, et réagit vivement au contact d'un objet très chaud.

Sensibilité musculaire conservée.

13 avril. L'agitation est devenue continuelle M^{lle} C. est très loquace et incohérente. La sensibilité à la douleur semble diminuée également aux deux membres supérieurs. La malade dit qu'elle sent les piqures à ce niveau, mais elle ne dit pas qu'on lui fait mal, et ne se retire pas. Au contraire il y a une vive réaction lorsqu'on pique les membres inférieurs. Vive réaction au contact d'un objet brûlant. Sens musculaire conservé. Impossible d'examiner le tact.

Observation XVIII

Folie hystérique.

M^{lle} X., 27 ans, sans profession, nous est présentée le 20 janvier 1885.

Père alcoolique ; sœurs bien portantes. M^{lle} X. aurait joui d'une bonne santé et d'un caractère très réguliers jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque elle aurait perdu complètement la tête et se serait jetée à la rivière au moment de ses règles. Depuis lors la menstruation est incomplète. La malade est réglée tous les mois, mais très peu abondamment. Des hémoptysies accompagnent ses époques menstruelles. Elle a lu il y a quelques années des livres de religion ou l'on parlait beaucoup du diable, et il lui est venu des idées de damnation. Elle voit toutes les nuits des diabolins qui s'habillent de mille façons pour la tourmenter et prennent quelquefois l'apparence d'animaux immondes. Ces diabolins veulent l'emmener en enfer, et pour échapper à toutes ces misères, elle prétend avoir voulu plusieurs fois se suicider et nous montre plusieurs cicatrices de plaies qu'elle se serait faites pour s'ouvrir les veines. Mais il est évident que les récits de la malade sont fort exagérés.

Appétit presque nul, insomnie habituelle pendant la nuit, mais M^{lle} X. se lève fort tard et dort pendant la journée. Sensation fréquente de boule qui remonte. Constipation presque continuelle : une débacle intestinale survient de temps en temps, et alors la malade devient moins triste et la céphalalgie dont elle souffre habituellement disparaît momentanément. Pas d'attaques convulsives. Pas d'idées érotiques.

Faciès coloré, surtout vers les pommettes. Regard fixe et contemplatif ; expression du visage triste. Marche lente et mesurée. Un bruit un peu violent tire la malade de sa contemplation et lui fait pousser un cri.

Sensibilité à la douleur complètement abolie sur toute la surface cutanée. Aucune réaction aux piqûres profondes sur toutes les parties du corps. Au bras et à la main gauches, formillements fréquents et sensations successives de froid et de chaleur.

M^{lle} X. perçoit partout les sensations tactiles légères, excepté au niveau de l'articulation de la 1^{re} avec la 2^e phalange, dans les 4 derniers doigts de la main gauche, à cet endroit la jeune fille ne perçoit pas les contacts légers.

Distinction du froid et du chaud et vive réaction au contact d'un objet très chaud. Elle est très frileuse, et ne peut rester, dit-elle, que dans une chambre fortement chauffée.

Sensibilité musculaire conservée.

Comme traitement : travail manuel, distractions, et un purgatif emménagogue (aloës et podophylle) administré presque quotidiennement.

25 janvier. Etat men al un peu meilleur. Faciès moins coloré. M^{lle} X. a eu des selles fréquentes. Ses règles sont survenues sans hémoptysies. Les

troubles de sensibilité sont les mêmes que le 20. Seulement la sensibilité tactile est revenue au niveau des deuxièmes phalanges de la main gauche.

Nous essayons d'hypnotiser la jeune fille pour modifier l'anesthésie par suggestion, mais nous ne pouvons parvenir à l'endormir.

Quelque temps après, nous apprenons que M^{lle} X. qui est allée à la campagne, est toujours dans le même état mental, et sans amélioration.

Observation XIX

Folie hystérique.

M^{lle} J. Th., 22 ans repasseuse, entre à Maréville le 12 décembre 1884, après avoir été deux fois déjà en traitement à l'asile. Père alcoolique ; antécédents franchement hystériques, attaques convulsives, crachotements, sensations de boule à la gorge. J. Th. a eu plusieurs fois déjà des accès de folie furieuse.

Actuellement, il y a de l'excitation maniaque, des poses extatiques, des hallucinations de l'ouïe, des accès de rire sans motif.

Sensibilité à la douleur disparue aux deux membres supérieurs et à la face des deux côtés. Dans ces mêmes endroits la sensibilité tactile est conservée : perception des contacts légers.

Traitement : bromure de potassium, bains, travail manuel. Hypnotisme impossible.

24 décembre. Même état mental. La malade répond difficilement aux questions posées.

3 janvier. Mutisme complet. En piquant fortement avec une épingle toutes les parties du corps, on ne voit bouger aucun muscle de la face ; mais en appliquant un objet très chaud, on lui fait faire une grimace significative. Toutefois elle tolère le contact de cet objet.

6 février 1885. La malade se décide à répondre après de nombreuses questions, mais les accès de rire sans motif n'ont pas cessé. Sensibilité à la douleur absolument nulle à la main gauche, diminuée seulement à la main droite, diminuée aux deux membres inférieurs et à la face, intacte au tronc. M^{lle} Th. perçoit les contacts légers ; elle distingue deux pointes séparées de 2^e 1/2 sur le dos des mains, de 2^e sur le front, et manifeste de la douleur en retirant vivement la main au contact d'un objet très chaud.

23 février. Amélioration de l'état mental. Le mutisme complet a disparu, ainsi que les rires involontaires. Plus d'hallucinations, santé physique bonne, sensibilité à la douleur un peu obtuse sur le dos des mains : la malade dit que les piqûres lui font mal, mais ne se retire pas vivement ; au contraire sur les bras, les membres inférieurs et le tronc, il y a vive réaction aux coups d'épingle. Il en est de même aux deux côtés du visage. Sensibilité de température et de tact conservées partout.

La malade sort guérie de ses troubles intellectuels le 2 mars 1885.

Observation XX

Hystérie. Idées de culpabilité.

M^{lle} C., 22 ans, est à l'asile depuis le mois d'octobre 1884, atteinte de lypémanie avec des idées de culpabilité et de damnation. Gémisseuse au moment de son entrée elle a voulu, au mois de novembre se mettre la tête dans un fourneau allumé, mais n'a pu, à cause de la surveillance, mettre son projet à exécution. Antécédents hystériques.

12 janvier 1885. Même état mental. Sensibilité tactile conservée partout : la malade perçoit les contacts les plus légers, reconnaît la forme des objets et fait connaître exactement la partie de son corps que l'on touche avec le doigt. Analgésie complète sur tout le corps, excepté à la face, où il y a douleur légère aux coups d'épingles. M^{lle} C. distingue parfaitement et partout le froid du chaud, et manifeste de la douleur au contact d'un objet très chaud.

2 Mars. Douleur diminuée au membre supérieur droit, abolie complètement au membre supérieur gauche. Face très sensible à gauche, moins sensible à droite. Aux deux membres inférieurs la douleur est également diminuée.

Sensibilité tactile un peu émoussée : la malade reconnaît les contacts légers, mais ne distingue qu'à 4^{cm} deux pointes séparées sur le dos des mains.

Elle distingue le froid du chaud et manifeste immédiatement de la douleur au contact d'un objet brûlant.

Observation XXI

Lypémanie stupide.

B. Marie, 25 ans, sans profession, est, depuis le 23 octobre 1883, à l'asile et a présenté des symptômes de lypémanie avec démonomanie, délire de persécutions, hallucinations de la vue et de l'ouïe, apparitions terrifiantes. Elle a eu des idées érotiques.

Actuellement, 5 février 1885. Etat de stupeur : la malade ne répond que très difficilement. Cyanose des extrémités. Température : 36°. Pouls insensible. Souffle au premier temps et à la pointe.

Sensibilité à la douleur complètement éteinte partout : la malade sent qu'on la pique, mais dit qu'on ne lui fait pas de mal, et ne réagit pas, même lorsque la piqûre est très profonde.

Elle perçoit les contacts légers et désigne exactement l'endroit touché.

Elle distingue un objet froid d'un objet chaud, mais pour obtenir une réponse il faut un contact prolongé. Lorsque l'objet est brûlant, elle ne retire la partie touchée qu'après un contact assez long.

Traitement par les toniques.

27 Février 1885. Amélioration de l'état physique. Pouls petit, régulier.

Température : 37°. Les extrémités sont moins cyanosées. Même état mental.

Sensibilité à la douleur nulle sur les mains. Expression douloureuse du visage lorsqu'on pique fortement la face, ce qui ne produit pas toutefois de réaction vive. La malade dit qu'on lui fait mal, mais ne se retire pas vivement lorsqu'on pique fortement les membres inférieurs.

Sensibilité tactile conservée : Marie B. distingue deux pointes séparées de 3^{cm} sur le dos des mains et de 2^{cm} sur le front.

Elle manifeste de la douleur au premier contact d'un objet très chaud, et distingue facilement le froid du chaud.

20 Avril. Les extrémités ne sont plus cyanosées. Le pouls est très sensible, quoique un peu petit. Le souffle du cœur persiste. La malade réagit faiblement aux coups d'épingle.

Observation XXII

Lypémanie.

Mlle Schv. Clém., 28 ans, est entrée le 13 août 1879. Les certificats médicaux qui l'accompagnaient à son arrivée signalent des périodes d'excitation avec cris, agitation, suivies de mutisme, immobilité musculaire de nature hystéro-cataleptique. Elle a été atteinte 5 ou 6 fois de ces accès d'aliénation mentale, et a eu, quelque temps avant son arrivée à l'asile, de la gangrène des extrémités par défaut de nutrition. Au moment de son entrée dans le service de M. le docteur Sizaret, elle présente un amaigrissement considérable, et laisse échapper quelques paroles qui indiquent des idées de culpabilité. Depuis cette époque elle refuse toute nourriture, gémit continuellement et garde un mutisme obstiné.

Traitement : alimentation forcée ; toniques.

La malade n'a pas été réglée depuis son arrivée à l'asile jusqu'au commencement de l'année 1884, époque à laquelle les menstrues s'établissent de temps en temps d'une façon très irrégulière.

Actuellement, 9 février 1885. L'état mental est le même depuis 6 ans : refus de manger, gémissements incessants, mutisme continu. L'état physique est excellent. La malade prend chaque jour 2 litres de lait, 4 œufs, 30 gr. huile de foie de morue, 20 gr. poudre de viande, 100 gr. vin gentiane, introduits par la sonde œsophagienne.

Sensibilité. Mlle Sch. fait un violent mouvement lorsqu'on applique sur sa peau un objet glacé ; elle réagit également au contact d'un objet brûlant. Elle se retire ou se retourne dans son lit lorsqu'on la touche légèrement, ou lorsqu'on la chatouille avec le doigt. Impossible d'examiner le sens musculaire. La sensibilité à la douleur est partout conservée.

Observation XXIII

Lypémanie. Mélancolie.

Ad. D., 43 ans, brodeuse, entre à Maréville le 30 décembre 1884 avec des symptômes de lypémanie, dépression mélancolique, mutisme volontaire. Elle aurait eu autrefois des habitudes alcooliques et des moments d'agitation. Visage amaigri et facies triste.

Le jour de l'entrée il y a sur tout le corps perception des contacts légers. La sensibilité à la douleur a disparu aux deux mains; elle est intacte aux deux côtés de la face, mais abolie aux membres inférieurs. Sensibilité de température partout conservée; la malade distingue le froid du chaud et manifeste de la douleur au contact d'un objet brûlant.

14 Janvier. Même état mental; Adel. D. est maussade et ne répond que par monosyllabes. Sensibilité à la douleur détruite aux deux mains, diminuée seulement sur les autres parties du corps. Sensibilité tactile conservée aux deux mains et aux bras. Vive réaction au contact d'un objet très chaud.

4 Février. Mutisme plus prononcé. Aux deux mains, les coups d'épingle produisent une douleur légère, car la malade retire lentement la partie piquée. Il en est de même à la face, au tronc et aux deux pieds. Vive réaction partout, au contact d'un objet très chaud. Impossible d'examiner le tact.

4 Mars. La malade répond aux questions posées, mais elle devient gâteuse. Sensibilité à la douleur obtuse aux deux mains, intacte sur le reste du corps. Sensibilité de contact conservée; il y a perception des contacts légers et désignation de l'endroit touché. Adel. D. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud. Sensibilité musculaire conservée; la malade reconnaît, les yeux bandés, la position de ses membres.

Observation XXIV

Lypémanie. Suicide.

Hél. R., 58 ans, entre à l'asile le 9 février 1885, après avoir essayé de s'étrangler dans sa famille, mais ne présentant, au moment de son arrivée, aucun trouble intellectuel appréciable. Elle ne peut toutefois donner une raison sérieuse de sa tentative de suicide. Pas d'antécédents hystériques. Bon tempérament. Pas d'hérédité.

Sensibilité à la douleur un peu obtuse sur le dos des mains; la malade dit qu'on lui fait mal, en la piquant, mais ne retire pas sa main. Sur le reste du corps la sensibilité à la douleur est très vive. M^{me} R. distingue parfaitement le froid du chaud. Elle perçoit les contacts les plus légers et distingue les deux pointes de l'esthésiomètre à 1^{cm} 1/2 sur le front et à 1^e sur la face dorsale des mains.

13 Février. Insomnie, pleurs.

19 et 20 Février. Pleurs et idées de damnation.

25 Février. La malade essaie de se suicider par pendaison.

5 Mars. Même état mental. Sensibilité à la douleur un peu diminuée sur la face dorsale des mains, intacte sur le reste du corps.

Tact conservé partout, excepté sur la face dorsale des mains ; la malade sent à ce niveau les contacts légers, mais l'esthésiomètre marque 4^{cm} et sur le front 2^e.

Sensibilité musculaire conservée. Il en est de même de la sensibilité de température.

14 Mars. M^{me} R. est très calme et prétend regretter ses tentatives de suicide. Sensibilité musculaire conservée. Sensibilité à la douleur presque nulle à la face dorsale des deux mains et à la face postérieure des avant-bras, un peu obtuse aux régions temporales, intacte sur le reste du corps.

L'esthésiomètre marque 2^{cm}, 1/2 sur le dos des mains, 1/2^{cm} sur le nez.

La malade sort non guérie le 28 mars sur la demande des parents.

Observation XXV

Lypémanie avec délire de persécution et idées de grandeur.

Claire V., 50 ans, présente à son arrivée à Maréville, le 18 décembre 1884, des symptômes de lypémanie avec idées de persécutions (tout le monde lui en veut et on a voulu lui prendre sa couronne). Hallucinations fréquentes pendant la nuit : elle entend des gens qui lui disent des injures et elle voit des écureuils qui viennent troubler son sommeil. Claire V. a cessé d'être réglée depuis peu de temps, et sent fréquemment une boule qui remonte à la gorge. Pas d'autres antécédents morbides, ni d'habitudes alcooliques.

Sensibilité à la douleur abolie à la face des deux côtés, et aux membres supérieurs. Sensibilité tactile conservée.

3 Janvier 1885. L'état mental s'améliore : la malade répond convenablement et semble très calme. L'analgésie persiste : les coups d'épingle sont perçus sans douleur. Sensibilités de tact et de température conservées.

14 Janvier. Calme complet : les hallucinations ont disparu. La sensibilité à la douleur est nulle sur tout le corps, excepté au front, où les coups d'épingle produisent une réaction légère. Sensibilités tactile et de température conservées partout.

26 Janvier. M^{me} V. sort de Maréville, améliorée au point de vue mental, mais présentant encore de la fixité du regard, de la lenteur dans les réponses et les mêmes troubles de sensibilité qu'au 14 janvier.

Observation XXVI

Démence sénile avec excitation maniaque.

M^{me} B., veuve T., 75 ans, présente au moment de son entrée un affaiblissement notable de la mémoire, un peu d'incohérence, de la loquacité,

des hallucinations, de l'insomnie et quelques idées de persécution. Elle aurait ressenti autrefois une boule qui lui montait à la gorge, mais ne perçoit plus maintenant cette sensation.

Aux deux membres supérieurs et inférieurs, la malade sent qu'on la pique, mais ne manifeste pas de douleur. A la face, il y a une légère réaction.

Sensibilité tactile conservée.

M^{me} B. distingue le froid du chaud et manifeste de la douleur dès qu'on la touche avec un objet très chaud.

6 Janvier. La notion du temps est perdue. Etat d'agitation considérable.

4 Février. Même état mental. Sensibilité à la douleur conservée sur tout le tronc, où les piqûres produisent une vive réaction. Dans certains endroits de la face et symétriquement ces piqûres sont absolument indolores. Dans d'autres endroits elles ne produisent qu'une réaction légère. Aux deux mains, les coups d'épingle produisent à la partie externe de la face dorsale une vive douleur, tandis que la partie interne est absolument analgésique. Sensibilité à la douleur intacte aux jambes, obtuse aux pieds.

M^{me} B. distingue le froid du chaud et repousse vivement un objet très chaud. Sensibilité tactile conservée.

27 Février. Sensibilité à la douleur diminuée sur le dos des mains, intacte sur le reste du tronc. Sensibilité de température conservée. Perception des contacts légers ; l'esthésiomètre marque 2^{cm} 1/2 sur le dos des mains, 2^e sur le front.

21 Mars. La malade est dans un état voisin de l'abattement. Sensibilité musculaire conservée. Sensibilité de contact également conservée partout. Distinction du froid et du chaud et vive réaction au contact d'un objet brûlant. Sensibilité à la douleur diminuée sur la face dorsale des mains, intacte sur le reste du corps.

Observation XXVII

Démence avec agitation maniaque.

M^{me} C. H..., 42 ans, est en traitement dans les asiles de la Seine depuis le 9 février 1884. Au début de sa maladie elle a présenté de la dépression mélancolique, de l'inertie et du demi-mutisme avec refus des aliments.

Au moment de son transfert à Maréville le 10 mars 1885, M^{me} H... est en état d'excitation. Elle se débat continuellement, est incohérente dans son langage, et prétend n'avoir jamais refusé de manger. Quelques idées de persécution. Mémoire affaiblie.

27 Mars. La malade continue à être agitée et incohérente. Vive réaction aux coups d'épingle et au contact d'un objet très chaud appliqué en un point quelconque. Sensibilité tactile probablement conservée : M^{me} H... a des clignements d'yeux lorsqu'on lui touche légèrement la joue. Impossible d'examiner le sens musculaire.

Observation XXVIII

Démence.

M^{me} E. K..., charcutière, entre à l'asile le 27 janvier 1885. Pas d'antécédents directs. Le frère est mort à la suite d'une attaque.

D'après les renseignements fournis, elle serait depuis plusieurs années dans un état de tristesse considérable. Mémoire perdue depuis longtemps. Six semaines avant son entrée, la malade aurait eu une attaque non suivie de paralysie. Depuis cette époque les facultés intellectuelles ont considérablement baissé.

27 Janvier. Phrases complètement incohérentes. Mémoire absolument détruite. Chargée d'un embonpoint considérable, la malade marche très difficilement.

Sensibilité à la douleur conservée partout : vive réaction et cris aux piqûres et au pincement. Vive réaction également au contact d'un objet très chaud. Impossible d'examiner la sensibilité tactile.

18 Mars. Incohérence complète. M^{me} K... ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent. Elle retire lentement, mais en criant la partie du corps que l'on pince fortement. Vive réaction aux coups d'épingle. Cris et agitation au premier contact d'un objet brûlant. Impossible d'examiner le sens musculaire. Il est permis de penser que le tact est conservé, car si on touche légèrement la main de la malade avec un crayon, elle ferme la main pour le saisir (yeux cachés).

Observation XXIX

Démence, suite de manie.

M^{lle} H..., 48 ans, entrée le 2 avril 1873, avait déjà été en traitement pendant 6 ans à St-Nicolas pour de la manie chronique avec idées religieuses, incohérence, loquacité.

Ces symptômes se sont peu à peu aggravés, en même temps que survenait un affaiblissement intellectuel considérable, et la malade, devenue un type complet d'incohérence, de loquacité, de désordre cérébral, est tombée dans la démence.

27 Février. Même état mental. M^{lle} H... est très agitée, mais inoffensive. Sensibilité à la douleur abolie sur la face dorsale des deux mains, diminuée à la face et au tronc, intacte aux deux bras et aux membres inférieurs. Elle perçoit les contacts les plus légers et désigne exactement l'endroit touché, distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant.

Observation XXX

Démence, suite de manie chronique.

Mlle F..., 37 ans, entrée le 17 mars 1874, était déjà malade depuis cinq ans au moment de son arrivée. Elle avait eu des périodes d'agitation

maniaque suivies de rémission, mais peu à peu la manie était devenu continue et à son entrée à l'asile la malade présentait de l'incohérence des idées et des actes et un état continuel de surexcitation.

En 1875. Mlle F..., tombe complètement en démence.

En 1885. Disparition de presque toutes les facultés intellectuelles. L'instinct de la coquetterie a seul survécu.

20 Février 1885. Attaque de rhumatisme aigu. Les genoux sont fortement gonflés. La température est à 39°. La douleur cependant n'est pas en rapport avec l'aspect extérieur des articulations. La malade peut encore se lever et marcher un peu.

24 Février. Même état mental. Pas de délire aigu. Souffle doux à la base du cœur, ayant son maximum au troisième espace, à quatre centimètres à droite du sternum. Ce souffle, systolique, se prolonge vers la pointe. Sensibilité à la douleur un peu obtuse sur tout le corps : Mlle F..., retire lentement la main quand on la pique, et dit qu'on lui fait un peu mal. Elle ne se retire qu'au bout d'un certain temps lorsqu'on applique sur la peau un objet brûlant.

18 Mars. Le souffle persiste à la base. Il y a de plus un bruit de frottement péricardiaque. Même état mental. Quand on pince fortement la malade, elle ne manifeste aucune douleur. Réaction lente aux coups d'épingle. Vive réaction au premier contact d'un objet brûlant. Mlle F... se retire lorsqu'on la chatouille à la nuque.

25 Mars. Réaction lente aux coups d'épingle et au pincement. La malade prononce quelques paroles pour faire comprendre qu'elle ne veut pas qu'on la pique.

Observation XXXI

Idiotie.

C. Marie Anne, 25 ans, est à l'asile depuis le 9 décembre 1875. Microcéphalie et déformation de la voute palatine qui est ogivale. Proéminence des lèvres en avant.

Indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, Marie C., ne peut dire son nom, et n'a pas conscience de ses besoins naturels.

2 Mars 1885. La malade est gâteuse et incapable de tout raisonnement. Elle tourne cependant la tête lorsqu'on l'appelle par son nom.

Vive réaction au contact d'un objet brûlant. La malade ne manifeste aucune douleur lorsqu'on la pince fortement. mais elle se retire lentement lorsqu'on lui fait avec une épingle des piqûres profondes. La sensibilité à la douleur est donc très obtuse. Impossible d'examiner le sens musculaire.

Observation XXXII

Idiotie.

D. Amanda, 22 ans, est entrée le 22 janvier 1881. Tempérament sanguin ; état physique bon ; visage hébété. Les facultés intellectuelles sont très

bornées : D. ne sait ni lire, ni écrire, se met souvent à rire sans motif, ne peut pas dire son âge, mais ne manifeste aucune tendance instinctive mauvaise.

2 Mars 1885. Mutisme obstiné. La malade peut se livrer à des travaux grossiers.

La sensibilité tactile semble conservée : Quand on la touche légèrement avec le doigt en lui demandant si on la touche et en quel endroit, elle répond qu'on ne la touche pas, mais elle monte très exactement (yeux cachés) l'endroit touché. Réaction très vive sur tout le corps au contact d'un objet brûlant. Sensibilité à la douleur conservée sur toute la surface cutanée : Quand on la pince ou quand on la pique fortement, elle dit qu'on ne lui fait pas mal, mais elle retire vivement la partie piquée, et sa figure prend une expression douloureuse.

Observation XXXIII

Idiotie.

G., 37 ans, a eu des attaques convulsives jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque les convulsions ont cessé, mais la raison ne s'est pas développée.

Entrée à l'asile le 5 mai 1866, la jeune G. est sans aucune intelligence. Elle ne parle pas, mais frappe et égratigne toutes les personnes qui l'entourent.

Juillet 1873. Elle devient gâteuse et refuse de manger seule.

2 Mars 1885. Même état : gâtisme et mutisme.

G. se plaint fortement et prend une expression douloureuse lorsqu'on la pique, même assez légèrement. Vive réaction au contact d'un objet très chaud. Impossible d'examiner le tact et le sens musculaire.

Observation XXXIV

Idiotie. Surdi-mutité.

Marie B., est la sœur aînée de l'idiotie de l'obs. 35. Agée de 23 ans, elle est entrée à l'asile le 13 octobre 1875. Atteinte de surdi-mutité, on ne peut obtenir d'elle que des rires et des gestes dépourvus de signification. Ses mauvais instincts la portent à se battre continuellement avec sa sœur. Père probablement alcoolique.

Le diamètre bipariétal est de 16,5 centim. le diamètre occip. frontal de 16,75 ; le diam. occipit. ment. de 24.

2 mars 1885. B. retire la partie du corps que l'on pique fortement. Elle réagit vivement au contact d'un objet très chaud. Le tact semble conservé, car lorsqu'on touche légèrement sa main, elle cherche à saisir le doigt qui la touche.

29 avril. Elle ne réagit que très faiblement et très lentement aux piqûres profondes. Il en est de même du pincement. Elle rit niaisement sans retirer sa main lorsqu'on la touche avec un objet très chaud.

Observation XXXV

Idiotie. Surdi-mutité.

Joséphine B., 21 ans, sourde et muette, sœur de la précédente est à l'asile depuis le 13 octobre 1875. On ne peut obtenir d'elle aucun acte raisonnable : elle rit bêtement et frappe sournoisement, casse et brise tout ce qu'elle a dans les mains, et laisse aller involontairement ses urines et ses selles. Les diamètres de la tête étaient au moment de l'entrée :

Occipit. frontal : 46 centim. Bipariétal : 15 centim. Occipito. menton : 22 cent.

2 mars 1885. Même état physique et mental. Vive réaction au premier contact d'un objet brûlant. Vive réaction également lorsqu'on pique fortement la peau en un point quelconque.

29 avril. Mouvements brusques lorsqu'on pique fortement la malade, surtout aux membres inférieurs, mais sa figure ne prend pas une expression douloureuse, et elle semble heureuse de sentir ces piqures.

Observation XXXVI

Imbécillité.

Marie S., entrée le 23 janvier 1880 est incomplètement aveugle par suite de cataracte double. Elle possède une intelligence peu développée avec quelques mauvais instincts. Ordinairement tranquille, elle s'occupe à des travaux grossiers, mais elle s'excite facilement et devient alors méchante pour ses compagnes.

3 mars 1885. Avec une mauvaise volonté évidente, S. dit qu'on ne lui fait pas mal quand on la pince ou quand on la pique fortement aux membres supérieurs, à la face et au tronc, mais elle retire la partie piquée. La réaction est plus vive pour les membres inférieurs. La malade dit alors qu'on lui fait mal.

Vive réaction au premier contact d'un objet brûlant.

Marie S. désigne les endroits que l'on touche légèrement avec le doigt.

27 avril. Même état mental. Même état de la douleur et du tact. Nous voulons examiner le seus musculaire, et toutes les fois que nous élevons la main de la malade, elle nous répond systématiquement que sa main est abaissée. Il en est de même pour les membres inférieurs.

Observation XXXVII

Imbécillité.

V. entrée le 5 septembre 1861, est atteinte d'imbécillité et légèrement microcéphale. Intelligence nulle. Vie végétative. D'abord inoffensive, elle s'est mise à frapper ceux qui l'entouraient et a manifesté quelques penchants érotiques.

3 mars 1885. Sensibilité à la douleur diminuée sur le dos des mains où il y a un peu de gonflement. Réaction vive aux coups d'épingle sur les autres points de la surface cutanée.

V. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud. Perception des contacts légers et désignation de l'endroit touché.

Observation XXXVIII

Imbécillité.

E., 24 ans, présentait au moment de son arrivée, le 12 décembre 1859, un affaiblissement considérable. Elle avait un jugement très vague sur la valeur des choses, mais possédait toutefois la notion du bien et du mal. A cette époque on avait déjà signalé une sensibilité tégumentaire très obtuse. La malade pincée, sentait à peine la douleur.

3 mars 1885. Pas de changement dans l'état mental. Etat physique satisfaisant. Sensibilité à la douleur également diminuée partout : quand on la pince, ou quand on la pique fortement, elle dit que cela lui fait un peu mal, et ne se retire que lentement. Elle distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant. Perception des contacts légers.

Observation XXXIX

Imbécillité.

Ch. Aimée, 20 ans, visage déformé, rire niais, est à l'asile depuis le 11 juillet 1882. Au moment de son entrée ses membres étaient agités de mouvements choréiformes.

Notions très vagues des choses de la vie. Ch. sait à peine compter jusqu'à dix. Mémoire très obtuse.

3 mars 1885. La sensibilité à la douleur semble diminuée sur toute la surface du corps. La malade dit que les piqûres ne lui font pas mal, mais elle retire lentement la main pour s'y soustraire. Elle distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud. Elle désigne exactement avec le doigt l'endroit que l'on touche légèrement.

Observation XL

Imbécillité.

V. Marie, 38 ans, atteinte d'imbécillité au premier degré, est à l'asile depuis le 24 mars 1871. Elle possède une intelligence très bornée, mais suffisante cependant pour se livrer à des travaux grossiers. Possédant des instincts dépravés, Marie V. devient parfois très méchante. Elle sait un peu lire et écrire.

Le 26 janvier 1885, Marie V. se fracture le tibia et le péroné au tiers inférieur. Malgré le gonflement qui suit la fracture elle continue à marcher pendant quelques heures et ne manifeste à la pression qu'une douleur très légère.

29 Avril. La sensibilité à la douleur est diminuée sur tout le corps. La réaction aux coups d'épingle et au pincement est très-faible. Il y a per-

ception des contacts légers et désignation de l'endroit touché. Marie V. distingue le froid du chaud et réagit vivement lorsqu'on laisse tomber sur sa peau une goutte d'eau chaude.

VIII. HOMMES

Observation XLI

Folie épileptique.

G. J. B., 37 ans, teinturier, entré à l'asile le 13 septembre 1880.

G. a eu le premier accès d'épilepsie en 1870 lors du blocus de Metz, à la suite de misères de toutes sortes : faim, crainte de la captivité, etc.

Pas d'hérédité. Pas de syphilis ni d'excès alcooliques. Les accès sont irréguliers dans leur fréquence. Tantôt il y en a deux ou trois par mois, tantôt plusieurs en un seul jour.

30 Mars 1885. Le malade a en ce moment cinq ou six accès par mois. Il est halluciné de la vue et de l'odorat, un peu hébété, et il s'excite facilement.

Sensibilité à la douleur un peu obtuse sur tout le corps, surtout à la face dorsale des deux mains. Lorsqu'on pique fortement G. à ce niveau, il ne se retire pas et dit qu'on lui fait un peu mal. Il se retire lentement, au contraire, et dit qu'on lui fait très mal, lorsqu'on le pince, ou lorsqu'on le pique sur un autre point de la surface cutanée.

Perception des contacts légers : 2^{cm} 1/2 à l'esthésiomètre sur le dos des mains, 2^e sur le front.

La sensibilité de température est conservée, ainsi que la sensibilité musculaire.

Observation XLII

Folie épileptique.

E. J. E., 37 ans, entré le 27 août 1876. Épileptique depuis 1870 : partant en captivité, a vu tomber un de ses camarades ; cette vue a provoqué chez lui le premier accès. Depuis cette époque les accès sont fréquents et violents. L'intelligence est affaiblie. Le malade est impulsif, parfois violent.

19 Mars 1885. Etat de calme relatif. Environ 15 attaques par mois.

E. perçoit partout les contacts légers. L'esthésiomètre marque 4^{cm} sur la face dorsale des mains, 5^e sur la face postérieure des avant-bras, 3^{cm} sur le front (ligne médiane). La sensibilité à la douleur est un peu obtuse sur

le dos des mains, sur la face postérieure des avant-bras, et sur les deux régions temporales : le malade ne se retire pas, mais dit qu'on lui fait mal. Vive réaction aux coups d'épingle sur le reste du corps.

Le malade distingue le froid du chaud. Vive réaction au contact d'un objet très chaud. Sensibilité musculaire conservée.

Observation XLIII

Folie épileptique.

M. G. T., 47 ans, domestique, entré le 14 septembre 1880. Enfant naturel, malheureux pendant son enfance. A son retour du Mexique comme soldat, G. a eu des vertiges, des éblouissements à la suite d'abus de tabac et d'eau-de-vie ; mais les grandes attaques ne survinrent que 15 ou 16 mois après.

Hallucinations terrifiantes, intelligence affaiblie, excitations iréquentes.

19 Mars. La mémoire est peu altérée, les attaques convulsives assez rares. Le malade est assez calme et paraît en état de dépression intel-

La sensibilité à la douleur est partout conservée. Vive réaction aux coups d'épingle. G. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant. Sensibilité musculaire conservée.

G. perçoit les contacts légers. L'esthésiomètre marque 3^{cm} 1/2 sur la face dorsale des mains, 2^o 1/2 sur le front, 1^o sur le nez, 4^o 1/2 sur la face postérieure des avant-bras.

Observation XLIV

Folie épileptique.

U. J., 37 ans, commissionnaire, entré le 21 octobre 1878. Sœur épileptique. Père ivrogne, mort par suicide.

Partant en Allemagne comme prisonnier de guerre, a sauté du train en gare de Nancy, et, quelques minutes après, a eu son premier accès. Depuis ce temps, les attaques sont très fréquentes. Le malade tombe sur la face qui est couverte de cicatrices. Le caractère est obséquieux, pathelin, sournois. Il y a de l'affaiblissement intellectuel.

U. a déjà été en traitement de 1876 à 1878. Sorti des asiles pendant quelque temps, il a fait des excès de boissons.

19 Mars 1885. Le malade est tombé dans un abrutissement complet. La mémoire est éteinte, les réponses sont monosyllabiques. Toutefois U. s'excite facilement. Les attaques sont très fréquentes.

Absolument insensible à la douleur sur presque toute la surface du corps. Aux cuisses et aux membres supérieurs on peut faire pénétrer sans réaction douloureuse une épingle de 3^{cm} de longueur. Les piqûres et le pincement sont également sans résultat sur le reste du corps. A la partie externe des deux jambes, et également des deux côtés, il y a toutefois une légère douleur lorsque l'épingle pénètre au delà d'un centimètre de pro-

fondeur, mais les piqûres superficielles ne produisent à cet endroit aucune réaction. Le malade perçoit les contacts légers, mais on ne peut employer l'esthésiomètre à cause du peu d'exactitude des réponses. La sensibilité musculaire est conservée.

U. distingue le froid du chaud. Mais quand on applique un objet brûlant, le malade ne se retire que lentement et après un contact prolongé. Il dit alors qu'on lui fait mal et qu'il ne faut pas abuser de lui.

Observation XLV

Folie épileptique.

D. J.-E.. 38 ans, cordonnier, entré le 12 décembre 1877. Le malade, qui a été soldat, a des accès d'épilepsie depuis qu'il a quitté le régiment. Les attaques sont violentes, le caractère est agressif, impulsif. D. frappe volontiers ses camarades.

19 Mars 1878. L'état mental est le même. D. a une douzaine d'attaques très violentes par mois. Actuellement il a conservé la mémoire, mais s'irrite très facilement.

Perception des contacts légers. Deux pointes distantes de 3^{cm} sur le dos des mains, de 2^{cm} sur le front sont séparément perçues. La sensibilité à la douleur est un peu obtuse sur le dos des mains : le malade dit qu'on lui fait mal quand on le pince ou quand on le pique fortement, mais ne se retire que lentement et réagit très peu. Au contraire la réaction aux coups d'épingle est très vive sur tout le reste du corps. Sensibilité musculaire conservée. D. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud.

30 Mars. D. n'a pas eu d'attaques depuis 15 jours. La sensibilité à la douleur est conservée partout. L'esthésiomètre marque 2^{cm} sur le dos des mains, 1^{cm} sur le front. Sensibilité de température et musculaire conservées.

Observation XLVI

Manie avec idées de persécution et de satisfaction.

M. J., 43 ans, journalier, entré le 16 décembre 1884, troisième séjour à Maréville.

Manie alcoolique, excitation cérébrale, grande loquacité, incohérence dans les propos. Quelques idées de persécution et de satisfaction exagérée (le maire lui en veut, ainsi que les jésuites, etc.).

31 Mars. La sensibilité à la douleur est très obtuse sur la face dorsale des mains, très vive au visage, normale sur le reste du corps. L'esthésiomètre marque 3^{cm} sur la face dorsale des mains, 2^{cm} sur le front, 2^{cm} 1/2 à la nuque.

La sensibilité musculaire est conservée.

M. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant.

Le malade est toujours incohérent et loquace, mais il n'a pas beaucoup d'agitation musculaire.

Observation XLVII

Manie alcoolique en voie de guérison.

B. J., 47 ans, ex-garde du génie, entré le 14 février 1885, après avoir été longtemps aux colonies et fait des excès d'absynthe.

Au moment de l'entrée à l'asile on avait signalé du trouble des facultés, de l'altération de la mémoire, de l'obtusion intellectuelle.

30 Mars. Légère amélioration de l'état mental. Le malade est tranquille et sa mémoire assez bonne.

Vive réaction sur tout le corps aux coups d'épingle et au pincement. B. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud. Le toucher est assez délicat. L'esthésiomètre marque 2^{cm} sur le dos des mains, 1^{cm} sur le front. La sensibilité musculaire est conservée.

Observation XLVIII

Manie.

E. D..., 31 ans, tisserand, entré le 8 décembre 1884. Hallucinations, idées religieuses et de persécution ; loquace, réclameur, insupportable, cherche à s'évader.

9 Mars. Etat de calme. Sensibilité fortement diminuée sur la face dorsale des deux mains. Le malade dit que les piqûres lui font mal, mais ne se retire pas et ne manifeste pas de douleur. Vive réaction aux coups d'épingles sur le thorax, le visage et les bras. Sensibilité à la douleur obtuse sur la face externe des deux cuisses, très vive à la face interne ; très vives aussi aux jambes et aux pieds. Le malade distingue le froid du chaud. Vive réaction au contact d'un objet très chaud. Perçoit les contacts légers. Distingue deux pointes à 3 centimètres, sur le dos des mains, 2° sur le front, 4° sur la partie postérieure de l'avant-bras. Sensibilité musculaire conservée partout. Légèrement incohérent.

Observation XLIX

Manie avec idées de persécution.

F. K..., 60 ans, entré le 13 décembre 1884, venant de l'asile de Sarreguemines.

Facultés très troublées, mémoire altérée, grande mobilité d'esprit. K... parle avec loquacité et une incohérence complète. Il a des idées de persécution et de satisfaction exagérée et quelques idées religieuses. Ses actes sont également désordonnés.

30 Mars. L'état mental est le même qu'à l'entrée. La sensibilité à la douleur est partout conservée. Vive réaction au pincement et aux coups d'épingle. Le malade perçoit les contacts les plus légers et désigne l'endroit touché.

Sensibilité musculaire conservée. Perception différentielle du froid et de la chaleur et vive réaction au contact d'un objet brûlant.

Observation I

Manie.

C. F., 24 ans, tailleur de pierres, entré le 8 février 1883. A été réformé en 1884.

Excitation cérébrale ; idées peu suivies, incohérentes. A eu des accès de fureur chez lui, frappait ses parents. Halluciné de la vue et de l'ouïe. Encore désordonné dans les actes ; ne se rend pas compte de sa situation.

9 Mars. État relatif de calme. Encore incohérent. La sensibilité tactile est partout conservée. Perception des contacts légers. L'esthésiomètre marque 2 cent. sur le front, 3 cent. sur la face dorsale des mains, 4 cent. à la face postérieure des avant-bras. Sensibilité à la douleur très vive partout (réaction violente aux coups d'épingle). Le malade distingue le froid du chaud. Sensibilité musculaire conservée, reconnaît les différentes positions imprimées à ses membres.

Observation II

Paralysie générale avec démence.

J. V. T., 52 ans, ex-receveur des contributions indirectes ; entré le 31 janvier 1883. Petite taille, peu robuste, face terreuse. Légère inégalité des pupilles ; tremblements des mains ; lourdeur, incertitude dans la marche, incoordination des mouvements.

Tremblement des muscles de la face, embarras considérable de la parole. Facultés intellectuelles très affaiblies, mémoire abolie. Indifférence complète. N'a pas conscience sa situation. Demi-gâteux.

4 Mars. La sensibilité à la douleur est intacte partout. Distingue le froid du chaud. Vive réaction au contact d'un objet très chaud. Perçoit les contacts légers et désigne l'endroit touché (nuque, face postérieure des avant-bras). Sensibilité musculaire conservée. Sait reconnaître, les yeux bandés, la position de ses membres.

Observation III

Paralysie générale (dernière période).

O. F., 40 ans, entré le 4 décembre 1883, au début de la paralysie générale, avec des idées de satisfaction personnelle, sans idées de grandeur bien caractérisées. Il avait alors du tremblements des lèvres, de l'inégalité pupillaire, et les autres signes somatiques de la paralysie générale.

20 Mars 1883. Le malade est en démence complète. L'affaiblissement est considérable. O. est devenu gâteux, mais il a conservé quelques marques de satisfaction personnelle exagérée.

Le tact semble conservé. Le malade se retire lorsqu'on le cha-

touille à la nuque. Il réagit vivement lorsqu'on le pince ou lorsqu'on le pique fortement. Il en est de même au contact d'un objet brûlant.

Observation LIII

Paralysie générale. Démence.

Bell. est à l'asile depuis le 6 février 1885, atteint d'affaiblissement intellectuel considérable, avec inégalité pupillaire, embarras de la parole, etc. Son état physique est peu satisfaisant. Il est alité depuis son entrée à Maréville.

4 Mars 1885. Aucune amélioration. Vaste plaie du scrotum par troubles trophiques. Le malade est indifférent à tout.

La sensibilité à la douleur semble très vive sur tout le corps. B. perçoit les contacts légers et distingue deux pointes à 3^{cm} sur le dos des mains, à 2^c sur le front. Il distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant.

Observation LIV

Paralysie générale au début.

S. E., 42 ans, tisserand, entré le 26 janvier 1885. Pâle, anémié. Soldat aux colonies pendant 16 ans, a eu plusieurs accès de fièvre intermittente. Antécédents alcooliques. A eu un accès de folie antérieur, guéri spontanément en quelques jours.

Kléptomanie. Idées de nature ambitieuse : va être nommé empereur, sa femme impératrice. Il va mener tous les français à l'île de la Réunion. Tout le monde sera heureux : il va abolir la misère.

Hallucinations de la vue, de l'ouïe. Pupille gauche dilatée.

4 mars. Même état mental. Pas de tremblement des muscles de la face et des mains. La sensibilité tactile est toujours conservée. Le malade perçoit des contacts légers. L'esthésiomètre marque 3^{cm} sur le dos des mains, 2^c sur le front. Sensibilité à la douleur nulle au thorax, aux membres supérieurs, diminuée seulement à la face et aux membres inférieurs. Réaction très lente au contact d'un objet brûlant. Quand on touche le malade avec un objet froid, il dit que cela est chaud.

Observation LV

Paralysie générale (2^m période).

H. J., 34 ans, huilier, entré le 9 janvier 1885. Taille moyenne, bonne constitution.

Incertitude, hésitation dans la démarche, tremblement généralisé, surtout des muscles de la face ; pupilles égales.

Embarras considérable de la parole : H. peut à peine articuler quelques mots.

Affaiblissement intellectuel notable ; mémoire très altérée. Pas d'idées délirantes de nature ambitieuse ou mélancolique.

4 mars. La douleur aux piqûres et au pincement est conservée sur tout le corps. Le malade perçoit les contacts légers et distingue deux pointes séparées de 2^{cm} 1/2 sur le dos des mains, de 1^{cm} 1/2 sur le front. Distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant.

Sensibilité musculaire conservée partout.

Même état mental.

Observation LVI

Démence.

R. N., 63 ans, entré le 3 avril 1840. Démence complète, gestes automatiques. Vie végétative.

20 mars 1885. Mutisme obstiné. Ne manifeste aucune douleur aux coups d'épingle, excepté aux membres inférieurs, où il y a une réaction lente et légère. Vive réaction sur tout le corps au contact d'un objet très chaud.

Observation LVII

Démence.

M. C. 80 ans, entré le 2 mars 1885 avec démence sénile, surdité complète. Incohérent, cause seul, erre de tous côtés ; doit être halluciné de la vue ou de l'ouïe ; parle à des êtres imaginaires.

9 mars. Vive réaction aux coups d'épingle et sur tout le corps. Pousse des plaintes quand on le pince. Il est permis de supposer que le tact est conservé, car il retire la main lorsqu'on le chatouille avec le doigt. Impossible d'examiner la sensibilité musculaire. Vive réaction au contact d'un objet très chaud.

Observation LVIII

Démence.

P. L. 44 ans, entré le 27 septembre 1866 : démence complète ; vie végétative ; malpropreté, tendances à déchirer.

9 mars. Les coups d'épingles, les pincements ne produisent sur les mains aucune réaction. Le malade se retire lentement quand on pique profondément le thorax, les membres supérieurs, la face. Il y a vive réaction aux coups d'épingle aux membres inférieurs. Impossible d'examiner le tact et le sens musculaire. Vive réaction au contact d'un objet brûlant.

Même état mental.

Observation LIX

Démence.

T. L., 47 ans, entré le 17 août 1871. Démence complète, suite de lypémanie avec idées de grandeur ; hallucinations ; désordre des actes.

20 mars 1885. Mutisme complet. Le malade est alité, gâteux.

La sensibilité à la douleur semble diminuée partout. Le malade se retire lentement aux coups d'épingle. Vive réaction sur tout le corps au

1^{er} contact d'un objet brûlant. Lorsqu'on chatouille avec le doigt la plante des pieds, il se retire lentement.

Observation LX

Démence, suite de délire des grandeurs.

H. B. E. 48 ans, entré le 9 décembre 1872, a présenté d'abord de l'hypochondrie et des idées de grandeur (invention du cursographe). Puis il est tombé peu à peu dans la démence.

Actuellement : 30 mars 1885. H. présente de l'incohérence, un affaiblissement considérable de la mémoire, de la loquacité !

Vive réaction sur tout le corps aux coups d'épingles et aux pincements. H... distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant. Il perçoit les contacts légers et a également conservé sa sensibilité musculaire. L'esthésiomètre marque 2 cent. 1/2 sur le dos des mains, 2 cent. sur le front, 3 cent. à la nuque.

Observation LXI

Lypémanie. Idées de persécutions.

C. M..., 38 ans, manœuvre, entré le 23 décembre 1884. Bon tempérament. M... a passé son enfance à l'hospice, puis il a été recueilli par un parent éloigné dont il croit être le frère. Il croit que ce frère a voulu le spolier et lui jouer de mauvais tours ; il l'a vu armé d'un revolver pour le chasser, etc. ; idées de persécutions auxquelles se joignent quelques idées de satisfaction exagérée : « Il s'est guéri lui-même des fièvres intermittentes en buvant son urine ».

Hallucination de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale : il entend la franc-maçonnerie, il entend prier, appeler aux armes, etc. ; il voit à travers les murailles des personnes inconnues. La nuit il sent des figures qui l'oppressent en tous sens, lui font contracter les bras, les jambes.

Mère aliénée.

4 Mars 1885. Sur le tronc la sensibilité à la douleur est abolie. Il en est de même aux deux membres supérieurs. A la face la sensibilité à la douleur est seulement diminuée. Analgésie complète des jambes. Douleur conservée à la face interne des genoux. Sensibilité tactile conservée partout. Distinction du froid et du chaud et vive réaction au contact d'un objet très chaud. L'esthésiomètre marque 1 cent. 1/2 sur le dos des mains, 1 cent. sur le front, 1/2 cent. sur le nez.

Observation LXII

Lypémanie.

A.-L. V..., 24 ans, entré le 8 septembre 1884. Mutisme obstiné ; V... comprend ce qu'on lui dit, obéit à tout les commandements, se lève, ôte son bonnet, lève la main, etc., mais ne parle pas.

4 Mars. Le mutisme est complet ; le malade travaille d'un air absorbé. Le facies est pâle et anémique, les extrémités un peu froides, le pouls petit mais régulier.

La sensibilité à la douleur semble complètement abolie sur tout le corps ; il n'y a aucune réaction, aucun signe de douleur aux piqûres profondes. Au contraire il y a réaction assez vive au contact d'un objet brûlant. Impossible d'examiner le sens musculaire.

27 Mars. M. le docteur Langlois nous fait remarquer que, le malade comprenant tout ce qu'on lui dit et obéissant intelligemment à tous les ordres, n'est peut-être pas un véritable lypémanique, mais un simple halluciné auquel une voix intérieure ordonne de ne pas parler. V. est souvent trouvé à genoux dans l'attitude de la prière, ce qui indique des idées religieuses.

La sensibilité à la douleur semble toujours abolie, mais M. le docteur Langlois ayant enfoncé une épingle dans le front et ayant ordonné à V. de l'enlever, celui-ci obéit immédiatement, ce qui prouve qu'il a perçu la sensation de piqûre.

Lorsque nous le touchons légèrement avec le doigt après lui avoir caché les yeux, et que nous lui demandons de désigner avec la main l'endroit touché, il le fait très exactement, ce qui nous fait considérer le tact comme conservé.

Il réagit moins vivement que le 4 mars au contact d'un objet brûlant : il y a un mouvement de recul au premier attouchement, mais V. supporte longtemps cet attouchement.

Observation LXIII

Lypémanie.

H. G., 38 ans, négociant, entré le 22 janvier 1885 : délire partiel avec prédominance d'idées tristes.

Bonne constitution ; pupilles égales, dilatées ; démarche pesante sans tremblement. H. est concentré, parle peu et répond brièvement. La mémoire est assez fidèle : le malade se rappelle avoir été interné à Stefensfeld il y a 10 ans ; à ce moment il devenait furieux, cherchait à mordre etc.

Depuis cette époque il vivait chez son frère avec lequel il avait de fréquentes discussions. Ce sont ces querelles qui ont provoqué le retour de la folie.

H. est tranquille, cause peu, vit à l'écart et ne semble pas avoir d'hallucinations.

4 Mars. Même état mental. Le malade perçoit les contacts légers et montre l'endroit touché. Il réagit vivement aux coups d'épingle et dit qu'on lui fait mal. Il distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud.

Observation LXIV

Lypémanie, idées de persécution.

H. Ch., 47 ans, est à l'asile depuis le 31 mars 1875. Il avait déjà fait depuis 1872 jusqu'à 1874, trois séjours dans les asiles pour des alternatives d'agitation et de dépression accompagnées d'un peu d'incohérence et d'idées de persécution. H. a fait autrefois des excès alcooliques.

Au moment de son entrée il présentait de l'affaiblissement intellectuel, une diminution de la mémoire et de l'incohérence dans le langage.

En 1880. Le malade est faible physiquement et moralement. Il demande lui-même qu'on le protège contre ses hallucinations. Il entend des voix qui lui disent de tuer quelqu'un.

Le même état mental persiste jusqu'en 1885 : le malade résiste à ses hallucinations.

28 Avril 1885. H., garde un mutisme obstiné et une grande concentration d'esprit. La sensibilité à la douleur est presque nulle sur le dos des mains, diminuée aux deux avant-bras, intacte au tronc et aux membres inférieurs. Le tact semble conservé, car le malade désigne exactement l'endroit que l'on touche légèrement. Vive réaction sur tout le corps au premier contact d'un objet brûlant.

Observation LXV

Lypémanie suicide.

M. An., 67 ans, douanier en retraite, entré le 29 janvier 1885, a eu dans sa jeunesse la fièvre intermittente, en 1853 la fièvre typhoïde, et en 1857 une attaque de rhumatisme articulaire.

Au moment de son entrée il a des scrupules exagérés, des idées religieuses absurdes, des craintes imaginaires ; à la suite de lectures sur les expériences de Pasteur, il a craint de devenir enragé. Il croyait sentir derrière lui un chien qui cherchait à le mordre aux jambes (hallucinations de la sensibilité générale). Ces conceptions délirantes provoquaient des crises pendant lesquelles il se roulait à terre, hurlait, frappait. Il reconnaissait parfaitement pendant ces crises les personnes de son entourage.

Il a eu plusieurs fois des idées de suicide et a même tenté de se donner la mort ; au moment de son entrée à l'asile.

30 Mars 1885. Le malade est tranquille, légèrement déprimé. Il répond très convenablement aux questions posées. La mémoire n'est pas altérée, mais il entend à chaque instant des voix qui l'insultent.

La sensibilité à la douleur est considérablement diminuée aux deux jambes, surtout aux faces postérieures et externes. A ce niveau on peut enfoncer de toute sa longueur une épingle de 2^e 1/2 sans produire de réaction vive ; M. avoue cependant que cela lui fait un peu mal ; mais lorsqu'on le pique sur les autres parties du corps, il dit que cela lui fait plus de mal et se retire lentement.

M. perçoit les contacts les plus légers et désigne exactement l'endroit touché. L'esthésiomètre marque 3^{cm} 1/2 sur la face dorsale des mains, 2^{cm} 1/2 sur le front et 3^{cm} à la nuque. Il distingue parfaitement le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud.

Observation LXVI

Idiotie.

Théoph. G., 29 ans, entré le 14 mai 1878, est atteint d'idiotie complète ; sa vie est purement végétative, son extérieur malpropre. Il laisse échapper quelques paroles dépourvues de sens.

20 mars 1885. La sensibilité tactile semble conservée : le malade retire sa main lorsqu'on le touche légèrement, et saisit le doigt qui le touche. Réaction très vive aux coups d'épingle et au pincement. Il en est de même au contact d'un objet brûlant. Impossible d'examiner le sens musculaire.

Observation LXVII

Idiotie.

P. N. Mull., 25 ans, entré le 13 février 1885. Idiotie compliquée d'épilepsie. Parle difficilement. Embarras de la parole analogue à celui des paralytiques. Peut dire le nom des objets les plus usuels. Accès fréquents d'épilepsie.

7 mars. Le malade réagit, mais lentement quand on pince, ou quand on pique une partie quelconque du corps. La réaction est très vive et immédiate au contact d'un objet brûlant. Il retire le pied quand on le chatouille à la face plantaire, et retire aussi la main d'un air ennuyé après un contact prolongé, mais très léger. Impossible d'examiner le sens musculaire.

Observation LXVIII

Idiotie.

B. J. G., 25 ans, entré le 4 juillet 1864. Ne parle pas, mais pousse quelques cris : microcéphale. B. comprend ce qu'on lui dit et possède encore une certaine réceptivité intellectuelle.

7 mars. Vive réaction aux coups de pointe et au contact d'un objet brûlant. Le malade semble avoir conservé la sensation de contact sur quelques parties que l'on touche légèrement. Impossible d'examiner le sens musculaire. Vive réaction quand on pince le malade.

Observation LXIX

Idiotie.

A. Ch. J., 23 ans, entré le 22 janvier 1885 : idiotie complète, ne parle pas. Il existe un hématome du pavillon de l'oreille gauche ; double pied bot varus. A. ne peut marcher et se traîne sur les genoux et les mains.

4 Mars. Il est permis de penser que le tact est conservé, car le malade, ayant les yeux cachés, met le doigt sans parler sur la main qu'on touche légèrement. Vive réaction au contact d'un objet très chaud. Les coups d'épingle restent sans aucune réaction sur toutes les parties du corps.

Observation LXX

Idiotie.

M. J..., 33 ans, entré le 21 mai 1878. Idiotie complète, J... ne parle pas, et gesticule continuellement. La marche est cependant impossible. Le malade est gâteux et passe sa vie dans un fauteuil.

20 Mars. J... ne répond que par quelques mots sans suite et dépourvus de sens. Le sens du toucher semble conservé, car le malade ayant les yeux cachés, fait un mouvement pour se retirer lorsqu'on touche légèrement avec le doigt son visage ou sa main. Gémissements et mouvements violents lorsqu'on le pique avec une épingle et lorsqu'on approche de sa peau un objet très chaud. La douleur est plus obtuse lorsqu'on pince la peau. Le malade ne se retire que lentement. Impossible d'examiner le sens musculaire.

Observation LXXI

Imbécillité

C.-N. B..., 26 ans, entré le 21 octobre 1878, sorti d'une maison de correction où on n'a pu le conserver à cause de ses instincts contre nature. B... est assez tranquille à l'asile et travaille un peu, mais sa faiblesse intellectuelle est considérable.

20 Mars 1885. La sensibilité musculaire est conservée, ainsi que la sensibilité de température. B... perçoit les contacts légers et distingue deux pointes à 3 cent. sur la face dorsale des mains, à 2 cent. 1/2 sur le front. La sensibilité à la douleur est considérablement diminuée sur le dos des deux mains, sur les faces postérieures et latérales des avant-bras, et au visage des deux côtés : le malade dit qu'on lui fait un peu mal, mais ne se retire pas et supporte les piqûres profondes. Au contraire la réaction aux coups d'épingle est très vive sur le reste du corps.

Observation LXXII

Imbécillité.

C. J., 46 ans, entré le 30 octobre 1871.

Imbécillité congénitale. Hématôme des deux oreilles. C. taquine fréquemment les autres malades et a constamment la main dans la poche de son pantalon : il prétend qu'il ne peut l'en sortir.

20 Mars 1885. C. ne peut dire son âge et répond par monosyllabes ; il dit toujours oui, au questions qui lui sont posées.

Sensibilité à la douleur conservée partout : réaction aux piqûres et au pincement. Le malade désigne l'endroit que l'on touche légèrement. La

sensibilité musculaire est conservée. C. distingue le froid du chaud et réagit vivement au premier contact d'un objet très chaud.

Observation LXXIII

Imbécillité.

L. C.-J., 38 ans, cordonnier, entré le 24 novembre 1868, est atteint d'imbécillité avec mauvais instincts, érotisme, tendance à la masturbation. Il répond sans précision aux questions posées.

20 Mars 1888. Le malade perçoit sur tout le corps les contacts légers. Il ne réagit pas vivement lorsqu'on le pince ou lorsqu'on le pique fortement, mais sa figure prend une expression douloureuse et il se retire lentement. L. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet brûlant. Sensibilité musculaire conservée.

Observation LXXIV

Imbécillité.

C. Ern., 29 ans, marchand de chiffons, entré le 26 juin 1879, présente un affaiblissement intellectuel très marqué et des instincts mauvais. Réclameur, criard, masturbateur, vantard.

4 Mars. Douleur légèrement diminuée sur la face dorsale des mains, conservée sur le reste du corps. C. distingue le froid du chaud et réagit vivement au contact d'un objet très chaud. Perception des contacts légers. L'esthésiomètre marque $2^{\text{cm}}1/2$ sur le dos des mains, $4^{\text{cm}}1/2$ sur le front. Sensibilité musculaire intacte.

Observation LXXV

Imbécillité.

L. C. 39 ans, entré le 15 mai 1866 : faiblesse intellectuelle ; mauvais instincts. L. est vantard, réclameur, niais, érotique. Il ne sait ni lire, ni écrire, ni compter, mais peut exécuter des travaux grossiers.

9 mars. Douleur presque nulle sur le dos des mains et sur le front : le malade dit qu'on le pique, mais qu'on ne lui fait pas mal. La réaction est un peu plus vive sur les autres parties du corps. Perception des contacts légers. Sensibilité musculaire conservée. L. distingue le froid du chaud et manifeste de la douleur au contact d'un objet brûlant.

20 avril. Même état mental. Les piqûres sur le dos des mains et sur les deux côtés de la face ne produisent qu'une réaction très faible ; réaction lente aux coups d'épingle sur les membres inférieurs et également des 2 côtés. La douleur est presque nulle au thorax. Sensibilité musculaire conservée. Perception des contacts légers. Intégrité de la sensibilité de température. L. réagit très vivement, quand on lui place sur les mains les deux pôles d'un appareil volta-faradique à courants interrompus. Mais après ces expériences la sensibilité est dans le même état qu'auparavant.

Observation LXXVI

(Renaudin, cité par Maudsley, page 306).

Manie des actes.

Un jeune garçon d'une intelligence et d'un extérieur ordinaires était sujet de temps en temps à une véritable manie des actes, sans aucune incohérence mentale. Quand ces accès se produisaient, il était tout à fait incorrigible, ce qui l'avait fait chasser de différentes écoles. Après divers essais de discipline infructueux, on l'avait envoyé dans un asile. Là il répondait avec intelligence ; mais il pleurait et se taisait quand on lui parlait de sa mauvaise conduite ; quand on le pressait sur ce sujet, il répondait qu'il ne pouvait s'empêcher de faire autrement. Le fait intéressant, c'est qu'il avait une insensibilité complète de la peau au moment où ces accès avaient toute leur violence, tandis que la sensibilité cutanée était normale dans les intervalles, où il était doux et affectueux. Ses actes de violence avaient un caractère si excessif que, dit l'auteur, « nous étions portés à penser qu'il pouvait aller jusqu'au meurtre. »

	LYPÉMANIE			MANIE			DÉMENCE			PARALYSIE GÉN.			ÉPILEPSIE			HYSTÉRIE			IDIOTIE			IMBÉCILLITÉ			TOTAL		
	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité.	Pas d'insensibilité.	Non étudiés.
Insensibilité à la douleur	4	1		2	3		3	2		4	4		4	1		5			2	3		5			26	14	
Insensibilité de température	1	4		1	4		1	4		1	4		1	4		1	4		1	4		5			7	33	
Insensibilité de contact	1	4		3	3		3	3		4	4	1	1	4		2	3		2	3		5			4	32	4
Insensibilité musculaire		2	3		3		1	4		1	4		4	4	1		2	3		5		5			45	25	

HOMMES : 35.

	LYPÉMANIE			MANIE			DÉMENCE			PARALYSIE GÉN.			ÉPILEPSIE			IDIOTIE			IMBÉCILLITÉ			TOTAL			
	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité à divers degrés.	Pas d'insensibilité.	Etude impossible.	Insensibilité.	Pas d'insensibilité.	Non étudiés.	
Insensibilité à la douleur.....	4	1		2	3		3	2		1	4		4	1		3	2		4						
Insensibilité de température.....	1	4		5	5		5	5		1	4		1	4			5		5						
Insensibilité de contact.....		5		5	5		3	3	2		5		1	4		5			5						
Insensibilité musculaire.....		1	4		5			1	4		2	3		5					5						

CONCLUSIONS

1° L'anesthésie cutanée à divers degrés s'observe chez plus de la moitié des aliénés.

2° L'insensibilité de la peau a ordinairement la forme analgésique; l'anesthésie tactile et la thermoanesthésie sont plus rares et de courte durée.

3° L'insensibilité totale et complète à la douleur est relativement peu fréquente.

4° Lorsqu'il n'y a pas de paralysie générale d'hystérie ou de lésion cutanée locale, l'insensibilité à la douleur paraît avoir toujours une disposition bilatérale et symétrique.

5° Outre les variations fondamentales causées par l'amélioration, l'aggravation de la maladie, ou le passage à l'état de stupeur, il y a des variations nombreuses dans l'étendue et l'intensité de l'anesthésie cutanée. Ces changements rapides sont probablement produits par la fixité plus ou moins grande de l'attention, par la fatigue du cerveau ou son excitation momentanée, ou par des troubles de circulation.

6° L'insensibilité de la peau n'est ni plus complète, ni plus fréquente dans la démence que dans les autres formes d'aliénation mentale. Elle est très fréquente chez les fous épileptiques; nous l'avons rencontrée dans la proportion de 8 sur 10.

7° L'exploration de la sensibilité cutanée est de la plus haute importance dans les cas de médecine légale, dans le diagnostic des maladies incidentes, et dans celui de la folie elle-même.

Vu :

Le Président de la thèse,
BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 11 mai 1885.

Le Recteur,
M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PLAN — PROCÉDÉS D'EXPLORATION.....	3

Première Partie.

I. FRÉQUENCE DE L'ANESTHÉSIE. — Chez l'aliéné en général.....	6
Dans chaque forme en particulier	7
II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Centres sensitifs.....	13
Lésions localisées dans la folie.....	16
III. MÉCANISME DE L'ANESTHÉSIE. — 1° Par l'attention.....	19
2° Par la fatigue.....	19
3° Par les lésions cellulaires	20
IV. SYMPTOMATOLOGIE. — Dans la folie en général.....	21
Dans chaque forme en particulier.....	23
V. DIAGNOSTIC	26
VI. TRAITEMENT. — Indications.....	29

Deuxième Partie.

OBSERVATIONS (Femmes).....	32
OBSERVATIONS (Hommes).....	55
TABLEAU RÉCAPITULATIF.....	69
CONCLUSIONS	70
